



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CENTROS DE RESPONSABILIDADE - REVISÃO SISTEMÁTICA DA
LITERATURA: DO CONCEITO À REALIDADE**

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade
Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, na
Especialidade de Gestão de Serviços de Enfermagem

Por Joana Raquel Capinha Alexandrino Freire

LISBOA, Fevereiro de 2014



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CENTROS DE RESPONSABILIDADE - REVISÃO SISTEMÁTICA DA
LITERATURA: DO CONCEITO À REALIDADE**

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, na Especialidade de Gestão de Serviços de Enfermagem

Por Joana Raquel Capinha Alexandrino Freire

Sob orientação da Professora Doutora Maria Manuela Frederico Ferreira

LISBOA, Fevereiro de 2014

RESUMO

Considerando-se os Centros de Responsabilidade como um novo modelo de gestão e organização, estes devem ser avaliados segundo um percurso histórico enquadrado no contexto da evolução do Sistema Nacional de Saúde.

Os Centros de Responsabilidade surgem na sequência das reformas do Sistema Nacional de Saúde. Constituem um nível intermédio de gestão com o objetivo de aproximar os órgãos hierárquicos superiores ao centro operacional, funcionando como um micro hospital dentro do macro hospital. Perante a reconfiguração dos serviços em Centros de Responsabilidade que representam uma reestruturação ao nível da gestão, toda a organização institucional será desafiada a uma mudança de cultura e esta deve fazer com que os profissionais participem e se envolvam na missão da instituição e na mudança, de forma a atingir os objetivos propostos.

Neste contexto e verificando-se a escassez de informação sobre os Centros de Responsabilidade, pretende-se analisar o conhecimento científico disponível sobre este modelo de gestão e através de uma Revisão Sistemática da Literatura sem metanálise, responder à questão de investigação deste estudo: Quais as estratégias identificadas pelos profissionais de saúde para a implementação efetiva dos Centros de Responsabilidade? Desta análise emergiram os objetivos de investigação:

- Identificar os fatores que contribuem para a implementação efetiva dos Centros de Responsabilidade;
- Identificar possíveis limitações na implementação efetiva dos Centros de Responsabilidade;
- Elaborar um modelo de referência que agrupe um conjunto de orientações para a criação e implementação de um Centro de Responsabilidade.

A partir do método PI[C]O: Participantes; Intervenções; [Comparações]; Outcomes, foi definido as palavras-chave, selecionados os critérios de inclusão e exclusão e assim, realizada uma pesquisa de artigos científicos em base de dados eletrónica no período entre 1997 e 2012, dos quais obtiveram-se 6 estudos.

Após reflexão da informação científica recolhida para este estudo, pode concluir-se que os Centros de Responsabilidade representam um modelo de gestão efetivo, quando são implementados através de um plano estratégico, com uma equipa responsável pela mudança e tendo em conta que o tipo de comunicação e a participação dos profissionais constitui um fator determinante para o sucesso de uma mudança. Em todos os estudos descrevem-se algumas orientações comuns à criação dos Centros de Responsabilidade, o que conduziu à elaboração de um modelo de referência que agrupa um conjunto de indicações para a formação de futuros Centros de Responsabilidade, visando-se o sucesso e a eficiência da mudança.

Palavras-chave: Centros de Responsabilidade; Hospital; Profissionais de saúde; Mudança organizacional.

ABSTRACT

The Responsibility Centers being considered as a new model of management and organization should be evaluated taking into account a historical set in the context of the evolution of the National Health System.

The Responsibility Centers are the result of the National Health System reforms. They constitute an intermediate level of management with the goal of bringing the higher hierarchical bodies to the operational centre, working as a micro hospital within a macro one. With the reconfiguration of services in Responsibility Centers that represent a restructuring at the management level, the entire institutional organization will be challenged to a culture change and this should cause professionals to participate and engage in the mission of the institution and in the change in order to achieve the proposed objectives.

In this context and verifying the lack of information about the Responsibility Centers, it is intended through a Systematic Review of the Literature without meta-analysis, analyze the available scientific knowledge on this management model in order to answer the research question of this study: What strategies are identified by health professionals for the effective implementation of the Responsibility Centers. This analysis revealed the following research goals:

- Identify the factors that contribute to the effective implementation of Responsibility Centers;
- Identify potential limitations on the effective implementation of Responsibility Centers;
- Develop a reference model that groups a set of guidelines for the creation and implementation of a Responsibility Center.

From the PI[C]O method: Participants, Interventions, [Comparisons]; Outcomes, keywords were defined, the criteria for inclusion and exclusion were selected and thus a survey of scientific papers on the basis of electronic data collected between 1997 and 2012 was conducted giving origin to six studies.

After consideration of scientific information collected for this study, it can be concluded that the Responsibility Centers are an effective management model, when implemented through a structural process with a team responsible for the change and taking into account that the type of communication and the participation of professionals are a key factor for the success of a change. In all studies are described some common orientations for the creation of Responsibility Centers, which led to the development of a reference model that brings together some guidelines for the formation of future Responsibility Centers leading at the success and efficiency of change.

Key Words: Responsibility Centers; Hospital; Health Professionals; Organizational change.

RESUMEN

Si se considera a los Centros de Responsabilidad como un nuevo modelo de gestión y organización, estos deben ser evaluados según un recorrido histórico encuadrado en el contexto de la evolución del Sistema Nacional de Salud.

Los Centros de Responsabilidad surgen como consecuencia de las reformas del Sistema Nacional de Salud. Constituyen un nivel intermedio de gestión con el objetivo de aproximar los organismos hierárquicos superiores al centro operacional, funcionando como un micro hospital dentro del macro hospital. Estando ante la reconfiguración de los servicios en Centros de Responsabilidad que representan una reestructuración al nivel de gestión, toda la organización institucional será desafiada a una mudanza de cultura y éste debe hacer com que los profesionales participen y se envuelvan, en la misión de la institución y en la mudanza, de manera a alcanzar los objetivos propuestos.

En este contexto y verificándo la escasez de información sobre los Centros de Responsabilidad, se pretende analizar el conocimiento científico disponible sobre este modelo de gestión y a través de una Revisión Sistemática de la Literatura sin metanálisis, responder a la cuestión de investigación de este estudio: Cuáles son las estrategias identificadas por los profesionales de salud para la implementación efectiva de los Centros de Responsabilidad? De este análisis surgieron los objetivos de la investigación:

- Identificar los factores que contribuyen para la implementación efectiva de los Centros de Responsabilidad;
- Identificar posibles limitaciones en la implementación efectiva de los Centros de Responsabilidad;
- Elaborar un modelo de referencia que agrupe un conjunto de orientaciones para la creación e implementación de un Centro de Responsabilidad.

A partir del método PI[C]O: Participantes; Intervenciones; [Comparaciones]; Outcomes, fueron definidas palabras claves, seleccionados los criterios de inclusión y exclusión y así, realizada una búsqueda de artículos científicos en una base de datos electrónica en el período entre 1997 y 2012, de los que se obtuvieron 6 estudios.

Después de la reflexión de la información científica recogida para este estudio, se puede concluir que los Centros de Responsabilidad representan un modelo de gestión efectivo, cuando son implementados a través de según un proceso estructural que agrupa algunas líneas de orientación.

Palabras clave: Centros de Responsabilidad, Hospital, Profesionales de salud, Cambio organizacional.

AGRADECIMENTOS

Expresso o meu reconhecimento e gratidão à Sr.^a Professora Doutora Maria Manuela Frederico Ferreira, que desde sempre mostrou-se recetiva ao estudo e que com a sua orientação científica, palavras de conforto e de incentivo ajudou-me ao desenvolvimento desta investigação.

Ao Sr. Professor Luís Capelas e ao Sr. Professor Doutor Sérgio Deodato pelo apoio que me deram quando tudo parecia confuso.

À Sr.^a Otília pela sua amabilidade, prestabilidade e por estar sempre presente para os alunos.

À minha família pela compreensão e colaboração que foi imprescindível para a conclusão deste estudo.

A todos aqueles que contribuíram, de forma direta ou indireta, na concretização deste estudo, o meu sincero agradecimento

LISTA DE SIGLAS

ARS – Administração Regional de Saúde
CA – Conselho de Administração
CCT – Cirurgia Cardio-Torácica
CD – Conselho Diretivo
CE – Cuidados de Enfermagem
CI – Contratualização Interna
CP – Contrato Programa
CR – Centro de Responsabilidade
CRI – Centro de Responsabilidade Integrado
DL – Decreto-Lei
EPE – Entidade Pública Empresarial
HUC – Hospitais da Universidade de Coimbra
MS – Ministério da Saúde
NGP – Nova Gestão Pública
NPM – New Public Management
OE – Ordem dos Enfermeiros
OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde
REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
RH – Recursos Humanos
RSL – Revisão Sistemática da Literatura
SA – Sociedade Anónima
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SPA – Setor Público Administrativo
UAG – Unidade Autónoma de Gestão

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO I - CONTEXTUALIZAÇÃO DA REVISÃO DA LITERATURA	19
1. O SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS	19
1.1 Evolução do Sistema de Saúde Português	19
1.2 Princípios da Gestão	22
1.3 O Hospital enquanto Organização	23
1.4 Empresarialização dos Hospitais	25
2. CENTROS DE RESPONSABILIDADE (CR's)	27
2.1 Introdução aos CR's	27
2.2 Conceito	30
2.3 Organização	33
2.4 Objetivos e Princípios	34
2.5 Processo de Criação/ Implementação	36
2.6 Sistema de Incentivos	38
2.7 Órgãos de Direção	40
2.8 O Enfermeiro no CR	41
3. MUDANÇA ORGANIZACIONAL	43
3.1 Processo da Mudança Organizacional	45
3.2 Reações à Mudança	47
3.3 Recomendações para a Implementação da Mudança	49
3.4 O Papel do Líder na Mudança	49
3.5 O Papel dos Profissionais de Saúde na Mudança	51
CAPÍTULO II – REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA	53
1. PROTOCOLO DE PESQUISA E SELEÇÃO DE ARTIGOS	53
2. DESCRIÇÃO DOS ESTUDOS	55
3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	70
CONCLUSÃO	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
QUADRO 1 – Critérios para a formulação do método PI[C]O	54
QUADRO 2 – Síntese dos estudos encontrados	56
QUADRO 3 – Resultados obtidos nos artigos científicos analisados face à análise da situação atual e identificação dos problemas pré-implementação dos CR's	71
QUADRO 4 – Resultados obtidos nos artigos científicos analisados face à avaliação da opinião e participação dos profissionais	72
QUADRO 5 – Resultados obtidos nos artigos científicos analisados face à realização de um plano estratégico	74
QUADRO 6 – Resultados obtidos nos artigos científicos analisados face à criação de uma equipa responsável pela implementação dos CR's	75
QUADRO 7 – Resultados obtidos nos artigos científicos analisados face à análise das possíveis limitações na implementação dos CR's	77
QUADRO 8 – Resultados obtidos nos artigos científicos analisados face à identificação dos aspetos positivos após a implementação dos CR's	79
QUADRO 9 – Modelo de referência com orientações para a criação e implementação de um CR	83

INTRODUÇÃO

Não sei precisar como surgiu o interesse sobre os Centros de Responsabilidade (CR's), apenas sei que quando ouvia falar do Centro de Responsabilidade Integrado (CRI) da Cirurgia Cardio-Torácica (CCT) dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC), era algo que não me passava despercebido. Por ser um projeto tanto alvo de elogios como de críticas, que desde há duas décadas se tenta implementar em Portugal e pelo seu percurso nada linear, fui ganhando entusiasmo sobre esta temática. Ao longo do 1.º ano do Mestrado de Gestão de Serviços de Enfermagem e tendo em conta a matéria abordada nas Unidades Curriculares, tive a oportunidade de elaborar vários trabalhos sobre os CR's o que me levou a investigar e a desenvolver esta tese sobre este modelo de gestão.

Perante a reconfiguração dos serviços em CR's que representam uma reestruturação ao nível da gestão, toda a organização será desafiada a uma mudança de cultura. Tanto a organização como os próprios serviços devem fazer com que os seus profissionais participem e se envolvam na missão da instituição e na mudança, de forma a atingir os objetivos propostos.

O objetivo principal dos CR's é prestar cuidados de qualidades, eficazes e eficientes através da otimização dos recursos (1). Têm então como finalidade desburocratizar e rentabilizar os recursos disponíveis com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, traduzindo-se em ganhos em saúde, resultados e satisfação dos utilizadores e profissionais.

Segundo Matos et al (2 p. 161) *“independentemente do modelo jurídico adoptado para os hospitais, é necessário introduzir políticas de gestão estratégicas e adoptar instrumentos que permitam uma melhoria efectiva dos processos de gestão organizacional”*.

Os CR's constituem uma ferramenta de gestão que pretendem através do diálogo permanente, transformar o hospital numa organização com processos mais rápidos, dinâmicos e eficientes na resposta às necessidades da mudança a um custo economicamente sustentável. Com uma equipa multidisciplinar interativa empenhada na qualidade dos serviços prestados ao cliente procura-se aumentar a satisfação dos utentes.

Em 1990 já Rotstein et al (3), alegavam que para o hospital sobreviver face à imposição dos governos em diminuir os gastos na saúde e no aumento da eficiência face a uma possível crise económica seria importante adaptar políticas de gestão e ferramentas utilizadas noutro tipo de empresas, salientando, a criação dos CR, como pequenos departamentos económicos, com contabilidade de custos. Os mesmos autores *“acreditam que apenas a abordagem combinada da gestão com disciplinas médicas e económicas pode enfrentar os desafios da mudança do moderno ambiente económico”* (3 p.458).

Na revisão da literatura e a análise do estado da arte pode-se constatar algumas condicionantes, como sejam:

- São poucos os estudos que têm analisado a percepção dos profissionais de saúde em contextos de mudança organizacional face a novos modelos de gestão nos hospitais;
- É limitada a informação existente sobre os CR's;
- Os escassos estudos dos CR's reportam-se apenas à caracterização do modelo de gestão.
- Não existem estudos que testem a aplicação dos CR's e muito menos sobre a percepção dos profissionais de saúde relativamente à criação/ implementação deste modelo de gestão.

Por outro lado, existem estudos sobre reformas do sistema de saúde, mudança organizacional e alterações de modelos de gestão que mencionam os vários aspetos que contribuem para a melhoria de gestão nos serviços. Assim como, têm surgido algumas investigações sobre os contributos possíveis das ações de enfermagem na gestão das organizações de saúde, na perspetiva de ganhos para a população.

Porém, no âmbito atual das reformas nos cuidados de saúde que consequentemente traduzem-se numa diminuição dos recursos humanos (RH), concorrência, alteração de papéis, baixos níveis de satisfação e de motivação, o quotidiano da vida profissional do enfermeiro estará sujeito a várias alterações nas formas de trabalho e cada vez mais, o enfermeiro tem que provar a importância das suas ações e mostrar que todas as suas decisões são responsáveis e autónomas, com o objetivo de promover cuidados de saúde de qualidade.

Os Enfermeiros como o grupo profissional mais representativo na organização hospitalar e o mais próximo do doente, devem preocupar-se com o seu desenvolvimento, os seus conhecimentos e competências de forma a contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde e acompanhar a evolução destes e participar ativamente neste processo de mudança organizacional como a criação e implementação de um CR.

Perante este contexto, deparei-me com a seguinte questão de investigação: Quais as estratégias identificadas pelos profissionais de saúde para a implementação efetiva dos CR's? Desta análise emergiram os objetivos deste estudo que visam dar resposta à questão principal:

- Identificar os fatores que contribuem para a implementação efetiva dos CR's;
- Identificar possíveis limitações na implementação efetiva dos CR's;
- Elaborar um modelo de referência que agrupe um conjunto de orientações para a criação e implementação de um CR.

A partir destas reflexões, surgiu a realização deste estudo que se pretende traduzir numa mais-valia para os responsáveis das organizações de saúde na compreensão desta realidade. Também se deseja que os resultados obtidos possam contribuir para o entendimento do significado da mudança organizacional, na identificação de novas práticas organizacionais e assim indicar aspetos relevantes, contribuindo para o conhecimento deste fenómeno multifatorial, tão presente no quotidiano da vida profissional do enfermeiro.

Considera-se ainda que este trabalho poderá ser relevante para os líderes/ gestores no sentido que, terão conhecimento sobre o processo de implementação de um CR e a importância do envolvimento dos profissionais de saúde, nomeadamente o papel

desempenhado pelos enfermeiros na criação de um CR e assim, compreender alguns dos contributos dos cuidados de enfermagem na obtenção de ganhos em saúde que possam influenciar as estratégias de gestão. Através da realização do modelo de referência que agrupa um conjunto de orientações e estratégias eficazes para a implementação de um CR, visa-se ainda o sucesso da mudança e a eficiência na criação de novos CR's.

Igualmente o Conselho Diretivo da Ordem dos Enfermeiros (OE) (4) considera prioritário a realização de estudos sobre estratégias inovadoras de gestão “*favorecedoras de contextos de trabalho que promovam e facilitem a qualidade dos cuidados*”. Resumidamente pretende-se que os resultados possam estimular o emergir de futuras pesquisas nesta área, assim como, contribuir para as boas práticas e para uma gestão eficiente.

De forma a respondermos aos objetivos deste estudo, realizou-se uma investigação com uma metodologia baseada numa Revisão Sistemática da Literatura (RSL) sem metanálise. Através das indicações do Cochrane Collaboration (5) nomeadamente o método PI[C]O delineámos a questão de investigação e definimos os critérios de inclusão e exclusão dos estudos primários para alcançar a amostra.

Este trabalho está estruturado em dois capítulos. O capítulo I sistematiza o enquadramento conceptual, procurando-se analisar o Sistema de Saúde Português tendo em conta a sua evolução, as reformas do SNS particularmente as que ocorreram em instituições hospitalares. Posteriormente é realizada uma reflexão pormenorizada sobre os CR's e por fim, debruçamo-nos sobre o processo da mudança organizacional. O capítulo II é dedicado à metodologia desta investigação, nomeadamente à RSL. É exposto o protocolo de pesquisa e seleção dos artigos para depois descrevermos os mesmos com respetiva apresentação e discussão dos resultados, seguindo-se uma referência às limitações encontradas para concluirmos com uma proposta do tal modelo de referência que agrupe um conjunto de linhas orientadoras e estratégias eficazes, na criação e implementação de um CR, visando-se o sucesso e a eficiência da mudança.

CAPÍTULO 1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DA REVISÃO DA LITERATURA

No decurso deste capítulo procura-se analisar o Serviço Nacional de Saúde (SNS), os seus contextos e reformas, nomeadamente as que ocorreram em instituições hospitalares, como tal, também abordamos o Hospital como organização. Posteriormente refletiremos pormenorizadamente sobre os CR's, desde a sua introdução, o seu percurso até ao enfermeiro no CR. Por fim, abordamos o processo da mudança organizacional.

1. O SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

1.1 Evolução do Sistema de Saúde Português

Desde o princípio do SNS que a saúde tem sido extremamente influenciada por diversos fatores nomeadamente políticos, sociais e económicos. Para adaptar-se a estas constantes mudanças, o SNS tem sido alvo de várias reformas com o objetivo de atualizar-se, ajustar-se às necessidades reais da população de forma a tornar-se mais eficiente.

Em 1968 deu-se início em Portugal, um grande percurso na criação dos diplomas legais que constituíram a reforma do sector da saúde pois, legislaram-se os princípios que viriam a ser os pilares do sistema de saúde nacional através do Estatuto Hospitalar que, já anunciava que a gestão dos hospitais passaria a efetuar-se por um conjunto de fundamentos como o da autonomia e da responsabilidade, dentro da conceção da gestão empresarial (6). O Estatuto Hospitalar enquanto diploma *“procura organizar os hospitais, criando um regime de trabalho responsável, com uma administração eficiente, que pudesse movimentar racionalmente as verbas disponíveis e estabelecer as carreiras profissionais que dessem garantias e estabilidade aos trabalhadores hospitalares”* (7 p. 342).

Contudo, de acordo com o Observatório Português dos Serviços de Saúde (OPSS) (8) o estado da saúde pré 25 de Abril de 1974 era constituído por várias entidades sobrepostas tais como misericórdias, Serviços Médico-Sociais destinados aos utentes da Federação de Caixa de Previdência, os Serviços de Saúde Pública que eram responsáveis pelas áreas de vacinação, materno-infantil, saneamento ambiental, etc., os hospitais estatais, gerais e especializados que existiam nas grandes cidades e os serviços privados destinados a um estrato social mais alto.

Em 1979 após as marcas do 25 de Abril constituiu-se o SNS regulamentado pela Lei nº56/79 de 15 de Setembro com o objetivo geral de que *“o Estado assegura o direito à protecção da saúde, nos termos da Constituição”* (artigo 1.º). Desde então, impulsionaram-se as maiores reformas do SNS devido às tentativas de se adaptar às constantes mudanças da sociedade.

Porém, segundo o OPSS (8), a implementação do SNS foi efetuada de forma frágil devido a alguns fatores tais como a insegurança financeira, a inexistência de modelos de organização e de gestão eficazes, a falta de separação dos interesses entre o sistema público e privado, a fraca acessibilidade aos cuidados de saúde e a ineficiência que caracterizava o sistema público.

De forma a contrariar esta situação, em 1988, o DL nº19/88 de 21 de Janeiro (9) que regulamentava a Lei de Gestão Hospitalar reforça a ideia que esta gestão se deveria reger por princípios de natureza empresarial (artigo 7º) de forma a atingir-se “*maior eficiência técnica e social*”. Assim como, a Lei de Bases da Saúde (10), relembra que a administração das unidades de saúde deveria obedecer a regras aplicadas na gestão empresarial.

Estes princípios fundamentais que hoje caracterizam legislativamente a gestão do SNS como “*uma gestão descentralizada e participada*” (11) resultam de um processo que ocorre essencialmente há três décadas desencadeado pelo movimento do New Public Management (NPM) – Nova Gestão Pública (NGP). Este tipo de gestão surgiu com o propósito de transformar a gestão tradicional numa gestão do tipo empresarial na Administração Pública assente em princípios como a descentralização, desregulação e delegação (12).

O conceito de NGP como o nome indica procurou inovar a gestão do sector público que nos finais dos anos 70 e início dos anos 80 estava a atravessar um momento de crise caracterizada pela ineficiência das organizações.

Para Hood (13) a NGP influenciou as reformas deste sector através da introdução e da aplicação de conceitos como o da eficiência, eficácia, avaliação e responsabilização que, por sua vez, eram exequíveis devido ao seguimento de alguns princípios:

- Colocação nos cargos de gestão pública, gestores com experiência no sector privado;
- Definição de metas e objetivos;
- Avaliação constante dos resultados;
- Criação de unidades diferenciadas a partir de unidades mais complexas;
- Promoção da qualidade dos serviços sem o aumento dos gastos;
- Aplicação de modelos de gestão do sector privado;
- Promoção da eficiência através da gestão de recursos.

Inicialmente, além de ter influenciado outro tipo de organizações, a NGP também marcou as reformas executadas no sector da saúde. Como Carvalho e Santiago (14 p. 1) resumem “*as reformas do sector público de saúde em Portugal têm sido concebidas e implementadas no quadro da ideologia da Nova Gestão Pública*”. Também Escoval e Matos consideram que “*a introdução do NPM em Portugal foi acompanhada da necessidade de obter uma regulação mais dinâmica e eficaz no sector da saúde*” (15 p. 157). Mas dados os multifactores que influenciam este sector, as reformas acabariam por se tornar mais complexas de se gerir.

Na saúde, o reflexo da NGP traduziu-se na aplicação de algumas estratégias como: o aumento da competitividade do sector público, a separação entre o financiador e o prestador, a

descentralização dos serviços, a contratualização, a responsabilização, a avaliação e a introdução de incentivos e do empowerment dos clientes no sentido de lhes conferir um certo poder nomeadamente “*na tripla vertente de direitos, participação e escolha*” (16 p. 2).

Segundo Carvalho e Santiago (14) os princípios da NGP na saúde passam pela:

- Separação do prestador-financiador;
- Redução do papel central do Estado;
- Introdução de maior responsabilidade e autonomia aos profissionais mas também com um maior controlo;
- Promoção de alternativas de financiamento que dinamizem o sector privado.

Os mesmos autores concluem que a NGP procurou introduzir algumas técnicas de gestão, enquadrando-as nas reformas que se realizavam, redefinindo o sector público e assim revitalizando-o e alcançando resultados promissores que visavam a articulação dos três E's: Economia, Eficiência e Eficácia.

Não há dúvida de que a necessidade das reformas da saúde surgiu quando as despesas dos serviços de saúde atingiram custos desmedidos e era imperativo existir um maior controlo e responsabilização sobre estes gastos. Para o OPSS “*uma das principais causas da ineficiência dos sistemas de saúde está no peso excessivo do estado na prestação de cuidados de saúde*” (17 p. 9). Para se alterar esta situação procurou-se adotar políticas da gestão empresarial no sector da saúde através de estratégias objetivas que garantissem a eficiência do SNS nomeadamente, conferir uma maior importância ao sector privado, estabelecer uma relação transparente entre o financiador e o prestador da rede de cuidados e a aplicação de ferramentas que promovam a competição no mercado (17).

Segundo Ferreira “*trata-se, no fundo, de reinventar a administração pública de saúde, gerindo em função dos resultados e, não de meios, fortalecendo a centralidade do utente e tornando as formas de actuação mais “empresariais”(...)*” (16 p. 2).

Face a esta necessidade, de acordo com Frederico (18) o Conselho de Ministros criou o Conselho de Reflexão sobre a Saúde com a missão de criar medidas que renovem o SNS. Supostamente, segundo a mesma autora uma dessas medidas foi a alteração do estatuto jurídico dos hospitais, referido pelo Ministério da Saúde (MS) no Despacho 169/96 (19) e elaborado com esse objetivo. Neste despacho, é criado um grupo de trabalho que de entre vários encargos era responsável por algo mais revitalizador como a criação de modelos estruturais alternativos que sejam a base de “*experiências inovadoras de gestão*”.

Considerando-se os CR's como um novo modelo de gestão, estes devem ser avaliados tendo em conta um percurso histórico enquadrado neste contexto da evolução do SNS. Os CR's surgem na sequência das reformas estruturais e económicas nas organizações de saúde. Para Antunes (20) como constituem um nível intermédio de gestão têm o objetivo de aproximar o Conselho de Administração (CA) ao centro operacional, funcionando como um micro hospital dentro do macro hospital.

1.2 Princípios da Gestão

Uma organização de saúde que esteja orientada para o doente e que reconhece os seus profissionais acredita na existência de uma cultura organizativa e participativa caracterizada por princípios como a descentralização, a autonomia profissional, a responsabilidade e a delegação de poderes/ tarefas. Na realidade parece que, no que se refere à gestão total, nomeadamente de indivíduos e de processos, estes conceitos não se devem dissociar. Aliás, estes princípios têm que coexistir nos indivíduos responsáveis por garantir o sucesso de uma organização.

Segundo um estudo desenvolvido por Carvalho e Santiago (14) as reformas introduzidas na saúde tendem gradualmente a desburocratizar o modelo de gestão hospitalar adaptando referências da gestão privada. A gestão hospitalar pré-reformas era essencialmente caracterizada por um modelo tendencialmente centralizado, hierárquico, estático e pouco criativo ao encontro do movimento taylorista. Princípios como a descentralização, a responsabilidade e a autonomia surgiram para contrariar este curso, nomeadamente no que diz respeito ao poder da tomada de decisões.

Mintzberg (21) uma referência global nos estudos das organizações, refere que nas organizações centralizadas este tipo de poder está concentrado ou num local ou numa pessoa. Para Oliveira Rocha (12) e Antunes (20) este tipo de organizações apresentam-se como burocráticas, rígidas e com pouca aptidão para se reinventarem o que, segundo Ferreira sugere um fraco desempenho destes hospitais, reflexo de uma gestão insuficiente e da inaptidão dos profissionais devido à *“ausência de participação na gestão e organização dos serviços, a ausência de reconhecimento e de mecanismos de compensação face ao desempenho e de uma estrutura salarial pouco aliciante”* (22 p. 699). Tal facto é reconhecido pela Direção Geral de Saúde que descreve que este tipo de estrutura deverá ser substituído por um modelo descentralizado (23).

Assim, alguns dos motivos que se destacam para a descentralização das estruturas são: o poder de decisão é dividido por várias pessoas; rapidez na comunicação no encontro dessa decisão; incentivo à motivação dos seus profissionais (21). Além da descentralização da estrutura Grosanu e Ramona (24 p. 967) citando Caraiani e Dumitrana (2005) também a descentralização de responsabilidades oferecem vantagens como:

- Conferir autonomia aos gestores para decidir o que é melhor;
- A delegação responsável que por sua vez influencia a motivação e o desempenho;
- Cada unidade contribui para o desempenho geral de uma organização.

Em qualquer organização a descentralização é sinónima de uma organização eficaz. A descentralização quebra com a hierarquia vertical das estruturas e pretende encurtar o percurso entre o local da ação e local da decisão. Assim, tanto os profissionais como os gestores que melhor dominam a sua unidade podem tomar decisões que sejam exequíveis e próximas do alcance dos objetivos propostos.

De acordo com Moutinho *“esta tendência descentralizadora não é de hoje e a sua introdução nos hospitais não é um exclusivo nacional”* (25 p. 27). Na opinião de Frederico (18) as organizações descentralizadas além de permitirem uma gestão mais eficiente, é uma gestão direcionada para as pessoas e baseadas na gestão da qualidade total.

Na gestão pública a descentralização é fundamental visto que no nosso sistema, na nossa cultura enquanto organização hospitalar e deontologia profissional os gestores, segundo Oliveira Rocha *“estão impedidos de gerir projectos e pessoas, limitando-se a administrarem processos e sistemas.”* (12 p. 48).

Em relação à autonomia no trabalho, segundo Kovács esta *“refere-se à liberdade no exercício das funções e na realização das tarefas”* (26 p. 1). Para Hortale (27 p. 21) citando Tissier *“o termo autonomia pode ser definido como o sinónimo de responsabilidade, tanto individual quanto para a organização”*. Nestas duas definições encontramos quase dois extremos de uma visão sobre a autonomia, a autonomia como sinónimo de liberdade e a autonomia enquanto responsabilidade. Apesar de este conceito ter interpretações diferentes, as mesmas complementam-se no sentido em que, a liberdade estimula a criatividade e o poder de decisão e a responsabilidade em que se assume as escolhas efetuadas no ambiente de trabalho.

Um profissional autónomo é um profissional proactivo e com poder de iniciativa que participa na tomada de decisões, que as assume, e que defende os atos que executa, tendo em conta o controlo, a avaliação e a responsabilidade contínua. Taveira compara que *“a responsabilidade deverá significar tanto a delegação de autoridade para tomar decisões, quanto a autonomia para realizar os gastos necessários”* (28 p. 73).

Em relação à autonomia da gestão Moutinho (25) refere que esta deverá estar promulgada por um diploma legal ou pela delegação dos poderes. Porém, para o mesmo autor *“em qualquer dos casos, os poderes devem ser claramente definidos a fim de se evitarem, o mais possível, conflitos positivos ou negativos de competências.”* (25 p. 27).

1.3 O Hospital enquanto Organização

Os hospitais são organizações complexas caracterizados por uma macro-gestão, responsável por gerir recursos financeiros, humanos, materiais e técnicos. Segundo dados do OPSS (29) o hospital além de ser responsável pela prestação de cuidados de saúde é, de facto, a organização que mais mobiliza a utilização deste tipo de recursos. Na opinião de Monteiro (30 p. 318) *“trata-se de uma organização muito diferenciada vertical e horizontalmente, em que o poder se situa no centro operacional, parte mais importante da organização”*, daí que seja necessária uma gestão partilhada e envolvida entre os órgãos de gestão do CA e dos profissionais.

Na revisão da literatura constata-se que os hospitais são caracterizados por estruturas essencialmente burocráticas. Não só os autores clássicos como Mintzberg até aos mais atuais, continuam a destacar as organizações o que, segundo Ferreira (31 p. 7) a citar Meireles e

Cardoso (2003) a burocracia como um dos fatores mais presente e mais preponderante a dificultar a gestão deve-se ao facto de que a gestão *“de um Hospital apresenta aspectos mais complexos do que a gestão de outro tipo de empresa, dada a natureza dos serviços prestados e dos prestadores dos mesmos.”*

Na opinião de Frederico (18) associado à burocracia, a abundância dos serviços, os profissionais, os objetivos que caracterizam os hospitais públicos podem influenciar a gestão dos mesmos, *“onde não existe uma cultura gestonária”* e onde, como tal, *“o controlo de gastos é um dos problemas fulcrais”*. Já Oliveira Rocha (12) previa que nestes termos, a gestão burocrática acabará por se extinguir, visto que contraria os princípios da escola managerial.

Face a esta multiplicidade de condicionantes ao nível de uma organização hospitalar classificada por uma macro-gestão, Barros e Gomes (32) partilham a opinião de que todos os intervenientes devem participar e responsabilizarem-se por assegurar uma gestão eficiente assente na gestão dos recursos e na qualidade dos mesmos, adequada às necessidades de cada utente. O que, para Monteiro (30 p. 318) constitui um problema visto que *“o elevado nível de qualificação dos profissionais dificulta, ou impossibilita a supervisão hierárquica”*.

Perante a estrutura tradicional dos hospitais, um relatório do Hospital Português alega que geralmente nos hospitais em que a estrutura central consiste na divisão por serviços, torna-se complicada a articulação entre os serviços, visto que a organização pura em serviços constitui uma visão centralizada e caracterizada por uma especialidade médica. Verifica-se que os serviços estão centrados na técnica e não na eficiência, sem existir uma colaboração direta entre outros serviços que são fundamentais para o sucesso de cada um.

Diariamente constata-se nos serviços que, quando um doente necessita de ser observado por outra especialidade inicia-se um processo burocrático que pode demorar semanas quando, até por vezes, essa especialidade está localizada no piso acima. Nesta sequência as despesas hospitalares aumentam e os internamentos prolongam-se, devido ao sistema dos processos envolvidos e à organização dos serviços. Por outro lado, o doente poderá ser transferido de serviço, interrompendo-se imediatamente a comunicação entre as duas especialidades o que também prejudica a continuidade e a qualidade dos cuidados.

Perante esta situação, o que se pretende é a simplificação e rapidez na tomada de decisão que só é conseguida através da urgente necessidade da reestruturação das organizações hospitalares que passa pela reorganização de novos modelos de gestão e do centro operacional que executa tais medidas (25).

Com a empresarialização dos hospitais assistiu-se a uma mudança na gestão hospitalar, nomeadamente no modelo de financiamento caracterizado por uma reforma assente na separação do prestador/ financiador e na promoção de várias melhorias ao nível do controlo da despesa, da eficiência, da qualidade e da responsabilização pelos resultados alcançados (33).

Desde há várias décadas que se assiste à tendência do crescimento dos custos na saúde e conseqüentemente um aumento proporcional ao produto nacional bruto. Atualmente a crise económica sentida por várias nações tem obrigado os governos a praticar restrições

orçamentárias, porém, face ao envelhecimento da população, ao aumento da exigência do consumidor e à competitividade do mercado, as instituições de saúde, simultaneamente não se podem descuidar da produtividade e da qualidade dos cuidados de saúde. Desta forma enfrenta-se um desafio com altos padrões nomeadamente a meta da redução dos custos mas com cuidados de qualidade.

Perante esta situação como pode o Hospital adaptar-se a estas mudanças? É imperativo criar alternativas de gestão e adotar ferramentas de outros sectores económicos com a finalidade de promover uma gestão eficiente. Ultrapassada a fase das principais reformas ao nível da saúde, os hospitais na última década têm tentado responder às necessidades atuais como, sobreviver face à competitividade existente e ao aumento dos gastos. Tem-se assistido que em resposta a esta situação “os hospitais começaram a diferenciar-se entre si de forma estratégica e estrutural” (34 p. 22).

1.4 Empresarialização dos Hospitais

Na opinião de vários autores as reformas da gestão no sector da saúde contribuiriam para uma melhor eficiência do SNS. Para Matos et al (2 p. 165) “*permitiu uma maior liberdade individual e flexibilização na capacidade de adaptação interna das instituições*”, o que também na opinião de Frederico (18) proporcionou a qualidade dos cuidados e a satisfação dos clientes tendo em conta os menores custos.

A reforma da gestão dos hospitais deverá estar assente em três princípios como o da “*regulamentação (estatuto do hospital e dos profissionais), articulação com as restantes instituições do sistema, organização e gestão interna*” (15 p. 124).

Apesar destas mudanças, Carneiro de Moura constatou que, de facto, existem alguns aspetos que condicionam a gestão do SNS tais como: “*autonomia médica, hierarquias profissionais, muitas pressões externas, competição interna pelos recursos, falta de incentivos, diferentes disciplinas todas com diferentes objectivos internos e uma enorme falta de informação*” (35 p. 105), ou seja, de uma forma geral parece que são os fatores que se opõem às orientações da NGP.

Nesta linha de seguimento, os hospitais tem que se orientar pelos princípios que caracterizam a nova gestão que são a base fundamental das reformas do sector da saúde aconselhando como esta atividade deve ser gerida visando-se a eficiência das organizações. Porém, esta eficiência não pode colocar em causa a qualidade dos cuidados de saúde de acordo com as atuais necessidades da população e de preferência sem desperdício e aumento dos custos.

Em Portugal, o início dos modelos alternativos de gestão surgiu na década de 90 através da empresarialização dos hospitais. Algumas experiências como os hospitais de Santa Maria da Feira, do Barlavento Algarvio ou a Unidade Local de Saúde de Matosinhos, seriam os primeiros a marcar esta etapa. A noção de empresarialização de hospitais refere-se à “*criação*

de um modelo organizativo, económico-financeiro e cultural centrado no utente e assente na eficiência de gestão” (37).

A empresarialização dos hospitais foi o processo estrutural no qual ganhou forma a reforma do sector da saúde que há muito se ambicionava mas que provocara uma mudança organizacional e social. Durante esta mudança assistiu-se à aplicação de princípios de gestão moderna como o controlo dos custos, eficiência, potencializando-se uma maior autonomia de gestão com liberdade mas também com maior responsabilização pelos resultados.

Contudo, ao longo dos últimos anos tem-se verificado que este processo não foi instaurado de forma contínua por ser altamente influenciado por tendências políticas e económicas. Aliás, aquilo que se observa e que passamos de seguida a evidenciar é que a gestão hospitalar sofreu várias alterações sendo até permitidos, mesmo no sector público, vários modelos de gestão mas cada qual com o seu regime jurídico (18).

Com a aprovação do novo regime de gestão hospitalar surgem mudanças significativas nas políticas de gestão alterando-se a condição de hospitais públicos que adquiriram o estatuto de hospitais empresariais (38). Esta transição de modelos de gestão hospitalar desde o Estatuto Hospitalar de 1968 até à Lei de Gestão Hospitalar de 2002, na opinião de Simões (2003) citado por Frederico (31) e Correia de Campos (39) comprova a orientação para uma gestão do tipo empresarial.

Em 2003 parecia ter-se dado por concluído as reformas ao nível da saúde que haviam sido aprovadas através da transição de 34 hospitais em 31 hospitais SA (Sociedade Anónima) (40). Contudo, em 2005 procedeu-se à extinção de hospitais SA e ao início da transformação dos hospitais SPA (Sector Público Administrativo) num novo modelo de gestão hospitalar, à luz de modelos de gestão empresarial - as EPE's (Entidade Pública Empresarial). Segundo Correia de Campos (39) esta transição dos hospitais em EPE's foi impulsionada devido ao Programa de Estabilidade e Crescimento - 2002-2005 que anunciava tal medida à União Europeia.

As EPE's *“são pessoas colectivas de direito público de natureza empresarial dotadas de autonomia administrativa, financeira e patrimonial”* (41). O que diferencia as EPE's é a sua *“dimensão”* visto que se refere a uma *“empresarialização simultânea de hospitais representativos de mais de metade da actividade hospitalar em Portugal”* (37). Esta empresarialização não é sinónima de privatização hospitalar porque a sua gestão em última análise, está subordinada à tutela do MS e das Finanças.

A transição para os hospitais EPE's tem como objetivos:

- Equidade no acesso aos cuidados de saúde;
- Melhoria da qualidade dos cuidados de saúde;
- Políticas de gestão centradas no cliente, orientadas para a sua satisfação face às suas necessidades;
- Promoção de iniciativas que visam a valorização/ qualificação profissional;
- Responsabilização dos resultados;
- Melhorias nas práticas de gestão;

- Avaliação do desempenho e melhoria de eficiência profissional (42).

Cada EPE deverá orientar a sua missão através de um regulamento interno. Como nas EPE's existe a separação entre entidades financiadoras e prestadoras de cuidados então, o Estado detém a totalidade do capital social, ou seja, trata-se de um financiamento público o que como tal, supostamente exigiria um maior controlo financeiro e avaliações periódicas efetuadas pela tutela. Porém, a gestão é assumida pelos gestores dos hospitais, ou seja, verifica-se que se trata de um modelo de gestão descentralizado e participado, no seguimento da filosofia do SNS.

Na aplicação da gestão empresarial, o Estado enquanto financiador e o hospital como prestador utilizam a contratualização como mediador das relações de ambas as partes, na qual é negociado o contrato-programa que estabelece os objetivos contratualizados, o que, na opinião de Frederico (18) deve-se à introdução de meios de gestão mais eficientes e ágeis.

À luz de experiências praticadas noutros sectores económicos de vários países, surgem os CR's que representam um novo modelo de gestão que tem vindo a ser adaptado pela saúde e que no seu referencial teórico traz algumas promessas inovadoras.

Com os CR's, introduziu-se no meio hospitalar o conceito de uma gestão autónoma e descentralizada equiparada a uma micro-gestão com modelos e técnicas do tipo empresariais.

2. CENTROS DE RESPONSABILIDADE

2.1 Introdução aos CR'S

À semelhança de outros países da Europa, também Portugal atravessa um período crítico no que se refere à situação económica o que tem implicações no setor da saúde. Como tal, tem sido aplicadas várias reformas no sentido de reabilitar o SNS.

Desde as principais reformas que a atual situação da saúde tem sido extremamente influenciada por diversos fatores políticos, sociais e económicos. De forma a analisar-se os CR's, estes tem que ser estudados tendo em conta todo um percurso histórico.

Os CR's pretendem agregar serviços de ação médica com características semelhantes porque, significativamente, é ao nível dos serviços que ocorrem os maiores fatores de despesa, de ganho e de produtividade. Dentro da filosofia desta gestão do tipo empresarial em que o controlo dos custos e o aumento da eficiência e da qualidade dos cuidados é a máxima a adotar, foram criados alguns CR's.

O objetivo principal dos CR's é prestar cuidados de qualidades, eficazes e eficientes através da otimização dos recursos (1). Têm então como finalidade desburocratizar e rentabilizar os recursos disponíveis com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, traduzindo-se em ganhos em saúde, resultados e satisfação dos utilizadores e profissionais.

Segundo Matos et al *“independentemente do modelo jurídico adoptado para os hospitais, é necessário introduzir políticas de gestão estratégicas e adoptar instrumentos que permitam uma melhoria efectiva dos processos de gestão organizacional”* (2 p. 161).

Os CR's pretendem através do diálogo permanente, transformar o hospital numa organização com processos mais rápidos, dinâmicos e eficientes na resposta às necessidades da mudança a um custo economicamente sustentável. Com uma equipa multidisciplinar interativa empenhada na qualidade dos serviços prestados ao cliente procura-se aumentar a satisfação dos utentes.

Com a empresarialização dos hospitais criaram-se as condições adequadas para a reorganização de todos os processos associados à estrutura hospitalar e para a implementação dos CR's. Constata-se que vários autores e até o próprio MS (43) recomendam a criação de novos modelos de gestão como os CR's no sentido de agrupar especialidades e/ou unidade funcionais, agilizando-se assim o sistema proporcionando a qualidade e a eficiência e motivando os profissionais que nele trabalham. Já Antunes (20) também defende a criação de CR's mas em determinados serviços que reúnam as condições necessárias de forma a garantir o sucesso deste novo modelo de gestão.

No livro *Governança dos Hospitais* esta opinião é partilhada pelo Dr. Manuel de Brito que, sobre o modelo de organização hospitalar, recomenda que *“as especialidades e as unidades funcionais (...) devem estar agrupadas em departamentos/CR”* (44 p. 122).

Para Moutinho o motivo fundamental que leva à reorganização de um hospital é a de *“melhorar o atendimento dos cidadãos que dele necessitem. Daí que o modelo de gestão dos CR's procure melhorar os padrões de produtividade, de eficiência e de qualidade dos cuidados prestados”* (25 p. 27).

Para um melhor enquadramento Ferreira (31) classificou os modelos de gestão como: modelo de gestão tradicional e novos modelos de gestão, no qual se destacam os modelos do tipo empresarial e os CR's que segundo a mesma autora representam a *“alternativa a esquemas organizativos tradicionais”* (31 p. 95).

Moutinho (25 p. 29) acredita que, de facto, nos grandes hospitais *“o modelo de desconcentrado de gestão por CRI é mais do que uma necessidade, uma verdadeira inevitabilidade histórica”*. Esta urgência em reestruturar as instituições hospitalares em Portugal também é lógico segundo Escoval e Matos (15) de forma a proporcionar uma maior responsabilidade.

Antunes (20) refere que os CR's contribuem para uma gestão eficiente na medida em que conferem autonomia e responsabilização aos profissionais que, de facto, são os que exercem no local também são os que melhor entendem as necessidades reais dos serviços.

Sobre os novos modelos de organização hospitalar Brito (44) também recomenda a implementação dos CR's no sentido destes funcionarem como um agrupamento de sectores clínicos não limitados à especialidade, o que para o autor facilitará uma gestão descentralizada com um maior poder ao nível do local central.

Os CR's como contextualizaremos de forma mais sistemática, pretende-se que sejam constituídos por uma equipa multidisciplinar interativa empenhada na qualidade dos serviços prestados, procurando-se assim aumentar a satisfação dos clientes.

Relativamente ao percurso histórico do enquadramento jurídico-formal dos CR's, ao analisar-se a legislação verifica-se que a primeira declaração sobre os CR's surgiu na Lei de Gestão Hospitalar em 1988: *“os centros de responsabilidade são estruturas funcionais que devem agrupar, como regra, vários centros de custos com actividades homogêneas ou afins e podem constituir níveis intermédios de administração”* (9).

Em 1998 surge a designação de CR como uma unidade de serviços semelhantes, de gestão intermédia mas dotados de autonomia (45). Ou seja, neste intervalo de dez anos nada se produziu para desenvolver os CR's. No mesmo ano, o MS organiza uma Equipa de Projeto (Despacho 12781/98 do MS) com o objetivo de planear, monitorizar e avaliar a criação dos CR. O papel desta equipa foi importante na realização do DL 374/99, de 18 de Setembro de 1999 que basicamente regula os Centros de Responsabilidade Integrado (CRI's) (18).

Assim, em 1999 os Centros de Responsabilidade passam a designar-se Centros de Responsabilidade Integrado e estipulou-se que no prazo de três anos todos os serviços do país deviam estar constituídos em CRI's, (1) o que tal não sucedeu, mesmo quando cada Hospital poderia ter implementado várias formas de organização de CR que mais se adequassem à especificidade dos serviços.

O CRI-CCT dos HUC foi um caso pioneiro e de sucesso na criação de um CRI. Desde 1999 que detém o estatuto de CR, aliás constituíram-se como CR 9 meses antes do DL n.º 374/99 através de um despacho da Ministra da Saúde Maria de Belém Roseira (20), mas é desde 2002 que funciona integralmente como departamento com instalações próprias (46).

O DL n.º 188/2003 que alterou os artigos 9.º e 11.º da Lei de Gestão Hospitalar refere que é fulcral *“introduzir uma maior descentralização na estrutura funcional e uma maior capacidade directiva dos órgãos máximos e intermédios da gestão hospitalar (...) bem como uma identificação clara das suas responsabilidades na sua cadeia hierárquica”* (47).

Foi de acordo com esta teoria que se tentaram implementar os CR's. Porém, esta experiência é praticamente reduzida (18). Esta forma de organização não foi estimulada, mantendo-se uma visão técnica dos serviços apenas agrupáveis em departamentos, descurando-se a visão global de novos modelos de gestão.

Neste contexto apenas se conseguiu implementar um número limitado de CR's como uma alternativa à gestão tradicional. Antunes (20) argumenta que tal facto se sucedeu devido à falta de iniciativa, mais associada aos efeitos consequentes como o acréscimo de responsabilidades que estes modelos admitem. Segundo o autor, o Estado promulgou a legislação mas a partir desse momento não se interessou sobre as dificuldades e a avaliação do processo.

Apesar de a iniciativa estar legislada, Antunes (20) como diretor clínico de um CR revela que não foi motivada ou criadas as condições necessárias à implementação de CR's mesmo pelos órgãos centrais que decretaram a sua criação ou pelas administrações

hospitalares. O autor até refere que a dita descentralização pode-se considerar uma ameaça no que diz respeito à tomada de decisão, chegando mesmo até a considerar uma ideia “utópica” de transformar todos serviços de um hospital em CR’s como o DL 219/99 desejava que tal acontecesse até 2003. Atualmente passado uma década pode-se mesmo considerar algo como inatingível.

Moutinho (25) partilha da mesma opinião referindo que de facto os modelos existentes na maioria dos hospitais não seguem as orientações da legislação mantendo-se uma organização centralizada e burocrática.

Porém, a aplicação deste modelo de gestão não foi fomentada, nem facilitada pelos órgãos superiores. Na opinião de Antunes, criador do primeiro CR, *“o conceito não teve êxito porque não houve coragem para o implementar com todas as suas consequências”* (20 p. 110).

O CRI-CCT dos HUC foi pioneiro nesta experiência de gestão atingindo uma crescente produtividade, qualidade dos serviços prestados com baixas taxas de mortalidade e morbilidade e que conseguiu a adesão e motivação dos profissionais que o constituíam (46).

Este CRI apesar de ser alvo de muitas críticas inerentes a uma experiência piloto, os resultados anuais que demonstram representam um caso de sucesso e de esperança de novos modelos organizativos hospitalares.

2.2 Conceito

São várias as definições que caracterizam os CR’s e ao longo dos anos estas também ajustaram-se de acordo com a evolução como se constatou no enquadramento jurídico-formal. Porém, todas elas reportam-se aos princípios e aos objetivos dos mesmos.

O objetivo principal dos CR’s é gerirem-se eficientemente, o que é possível através da desburocratização de processos e da rentabilização dos recursos existentes tendo em conta a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, os ganhos em saúde, os resultados e a satisfação dos utilizadores e profissionais.

Na generalidade verifica-se que os CR’s enquanto centro admitem-se como estruturas orgânicas, unidades funcionais, unidades gestionárias, com objetivos próprios. Mas, enquanto inseridos numa determinada organização devem também estar enquadrados na missão e políticas da própria (43).

Em 1999 os CR’s passam a designar-se por CRI’s. Moutinho explica que se tornam integrados *“porque se pretende integrar numa única entidade as vertentes técnicas (clínica) e de gestão”* (25 p. 27).

A definição mais concreta sobre os CR’s é a do DL n.º 374/99 (1) que basicamente regula a criação destes centros. Refere-se a eles como *“estruturas orgânicas de gestão intermédia, agrupando serviços e ou unidades funcionais homogêneos e ou afins”* e podem em alguns casos *“coincidir com os departamentos, podendo excepcionalmente coincidir com os serviços quando a sua dimensão o justificar”*.

Segundo o MS (43) existem alguns aspetos que caracterizam os CR’s nomeadamente:

- Localizar-se como nível intermédio de gestão

Os CR's organizam-se por um nível intermédio de gestão porque localizam-se entre o nível de administração e o nível operacional onde essencialmente focaliza-se a "estratégia da organização". Ou seja, estruturalmente estão sob o Conselho de Administração (CA) e no seu topo encontra-se o Conselho Diretivo (CD) que está interligado a todas as unidades funcionais. Como são o órgão mediador entre o CA do Hospital e o local da ação, possibilita-se que através do diálogo permanente, o hospital seja caracterizado por uma organização com processos mais rápidos, dinâmicos e eficientes na resposta às necessidades da mudança a um custo economicamente sustentável.

- Representar-se como uma unidade de contratualização interna e externa

Para um melhor enquadramento deste aspeto é necessário compreender o porquê destes modelos serem equiparados a centros de custo. Segundo Barros e Gomes (32 p. 92) os CR's *"surtem como resultado de uma visão contabilística de organização em centros de custos"* o que, para Antunes (20) e Grosanu e Ramona (24) representa um instrumento essencial que conduz a uma gestão eficiente no sentido em que controla os recursos de todos os níveis e avalia adequada e continuamente os custos de cada atividade desde a origem até ao resultado final, despistando-se assim algum incumprimento ao orçamento contratualizado.

De acordo com esta perspetiva de centros de custo, para Barros e Gomes (32 p. 92) *"os CRI são unidades de contratualização interna, traduzindo um compromisso entre gestores dos CRI e o CA do hospital para o cumprimento de um dado volume de produção de cuidados, negociados em função dos recursos atribuídos"*.

A Contratualização Interna (CI) caracteriza-se pela gestão por objetivos com liberdade através da autonomia e a delegação de responsabilidades para uma gestão mais eficaz. Brito (44) refere que a contratualização representa uma ferramenta essencial para responsabilizar os profissionais pela atividade planeada. Desta forma os profissionais ao concretizarem a estratégia da instituição, tornam-se mais conscientes dos desafios da gestão através da delegação das responsabilidades.

Enquanto processo de relacionamento interno desagregam-se os objetivos e estes são contratualizados internamente, ou seja, entre o CR e o CA do respetivo hospital. Numa microgestão como a do CR consegue-se uma melhor distribuição dos recursos disponíveis, para a promoção do acesso, de produtividade, de eficiência e da qualidade dos cuidados prestados de acordo com os objetivos e metas delineadas pelo CR.

Matos et al (2) citando England consideram que as vantagens da CI destacam-se pela melhoria da eficiência, da equidade, da clarificação das funções e do aumento da responsabilização de todos os intervenientes. Segundo o Relatório de Primavera de 2010 do OPSS (48) a CI melhora significativamente a eficiência dos hospitais e como tal, para este efeito, deve ser motivada a criação dos CR.

Por conseguinte, as diferentes etapas associadas ao processo de contratualização são (15):

- Identificação das necessidades da população;
- Negociação de objetivos e metas com os prestadores;
- Monitorização e acompanhamento da atividade desenvolvida;
- Avaliação dos resultados alcançados.

Na visão global de um hospital é difícil executar o contrato-programa. Porém, dentro de uma gestão descentralizada estão criadas as condições favoráveis para o desenvolvimento da CI (44).

A contratualização externa refere-se à relação que visa o cumprimento dos objetivos negociados, entre os gestores do CA do Hospital e a Administração Regional de Saúde (ARS) e na realidade só se está na presença desta quando é introduzida dentro da instituição.

Na revisão da literatura também se apontam algumas das falhas na contratualização nomeadamente:

- Aumento da exigência de dados aos serviços que por vezes nem são valorizados, o que aumenta a carga de trabalho e os custos administrativos;
- Excessiva concentração na produção mas sem atender às reais necessidades em saúde da população;
- Falta de confronto entre as metas propostas com as necessidades em saúde.

- Contextualizar-se na estrutura funcional e assistencial da organização

A organização dos CR's pode variar de acordo com a estrutura funcional e assistencial do hospital. Como tal, podem estar como serviços, unidades funcionais, ou áreas homogêneas de atividade de acordo com a dimensão e a funcionalidade que se pretende, aspeto que analisa Para Peombo (49), os CR's devem manter o elo entre a estrutura organizativa do hospital.

- Enquadrar-se na estratégia do hospital

O CR para além da sua missão e objetivos próprios, também têm de estar claramente adaptado ao quadro estratégico global do hospital, ou seja, os objetivos específicos de cada CR deverão estar integrados e em conformidade com os mesmos do hospital a que pertence.

- Outros aspetos que caracterizam as melhorias introduzidas pelos CR's são (1):

- Políticas de gestão centradas no cliente, orientadas para a sua satisfação face às suas necessidades;
- Promoção de iniciativas que visam a valorização/ qualificação profissional;
- Responsabilização dos resultados;

- Avaliação do desempenho e melhoria de eficiência profissional.

Através de uma equipa interdisciplinar dinâmica e participativa, toda a atividade hospitalar está centrada no cliente, na sua satisfação e na qualidade dos serviços prestados otimizando os recursos existentes a um custo economicamente sustentável e com sentido de responsabilização em cumprir os objetivos.

2.3 Organização

Qualquer estrutura seja hospitalar ou de outra atividade deve estar organizada de forma a respeitar certos princípios como o da responsabilização, delegação de responsabilidades e o de controlo de todas as unidades. Assim, também um hospital e um CR devem ter presente estes fundamentos.

Em relação aos critérios de agregação dos CR's, Moutinho (25 p. 28) explica que *“cada hospital deve, em função da sua missão, finalidades, dimensão e grau de diferenciação técnica, criar o seu próprio desenho organizacional”*. Ou seja, cada hospital pode decidir quais os melhores critérios que se adequam para constituir um CR, sendo permitidos vários modelos de organização aos CR's desde que esteja previsto em regulamento interno (1), contextualizando-se na estrutura funcional e assistencial do respetivo hospital.

Ao serem permitidos vários modelos de gestão, também a própria designação pode ser alterada admitindo-se a nomenclatura de CR's, CRI's e UAG's (Unidades Autónomas de Gestão). Neste trabalho optou-se pela designação de CR's.

Os modelos de CR's que podem ser criados são respetivamente os *“centrados em departamentos, serviços ou unidades funcionais, ou um modelo misto, em que coexista, a par da estrutura, tradicional, um ou mais centros de responsabilidade”* (43).

- a) Como departamentos, como é o caso do Hospital São João que tinha como estrutura operacional a especialidade, verificando-se que desvinculou os serviços como células básicas da organização tradicional dos hospitais e deu lugar às UAG's que agregam especialidades que apresentam entre si critérios de homogeneidade e que funcionam como zonas intermédias de gestão, através da aproximação da gestão aos serviços de prestação direta de cuidados. Por exemplo a UAG de Cirurgia presidida por um CA próprio contempla os serviços de Anestesiologia, Bloco Operatório, Cirurgia do Ambulatório e todas as especialidades cirúrgicas (50).
- b) Os CR's centrados em serviço dizem respeito a um hospital em que todos os seus serviços constituíssem um CR. Contudo, a criação de um ou outro CR em cada serviço não é realmente aquilo que se pretende devido à desarticulação com os outros elementos do sistema. O objetivo é que todas as unidades do hospital se reúnam e funcionem como CR. Ou seja, as unidades homogéneas têm que se

agrupar para, desta forma, gerar mais eficiência juntas, numa única unidade elementar.

- c) Um modelo de CR organizado em unidade funcional é o do CRI-CCT dos HUC, que surgiu em 2003 e que é um dos exemplos mais visível e promissor. Apesar de a lei estimular a unificação de serviços homogêneos, o CRI-CCT como é um centro que se dedica em exclusivo à cirurgia cardiotorácica permitiu a criação de um CRI devido à sua complexidade, à sua dimensão considerável e por ser uma especialidade bastante rentável, justificou-se uma reestruturação enquanto unidade funcional. Estatuto que é difícil de competir por um serviço, como por exemplo Medicina Interna.

Este centro integrou na sua área todas as unidades estruturais indispensáveis à sua atividade como consultas externas, salas de bloco operatório, internamento, unidade de cuidados intermédios e intensivos mas que se dedicam exclusivamente à cirurgia cardiotorácica.

- d) Em relação aos modelos mistos é como por exemplo está atribuído no HSM pois a par de toda a estrutura tradicional ainda só existem três CR's nomeadamente, o CR de Ortopedia, CR de Oftalmologia e CR de Radioterapia em que cada um apresenta-se apenas numa especialidade gerida respetivamente pelo seu órgão de administração. Contudo estes CR's ainda se encontram em fase de reestruturação.

2.4 Objetivos e Princípios

Para Grosanu e Ramona (24) o principal objetivo dos CR's passa pela eficiência na gestão dos recursos da organização, na motivação dos profissionais e no empenhamento dos mesmos. Para a criação de um CR os objetivos específicos do mesmo devem estar bem estipulados e de acordo com a missão do hospital onde está inserido e da própria ARS (43).

A missão dos CR's é a de melhorar vários indicadores ao nível da prestação dos cuidados de saúde nomeadamente:

- a) Acessibilidade, proporcionando-se a equidade num acesso fácil e imediato aos cuidados de saúde;
- b) Qualidade dos cuidados prestados através da formação dos profissionais, a investigação e o ensino;
- c) Produtividade através do desempenho dos profissionais e dos resultados conseguidos;
- d) Eficiência na utilização dos recursos (humanos e materiais);
- e) Efetividade na aplicação de todos os princípios orientados dos CR's.

Tendo em conta a literatura existente, principalmente a referência do MS 1999 (1) e de forma a estruturar os princípios dos CR's, identificam-se os seguintes:

- a) Descentralização de poderes/ Gestão autónoma: como já anteriormente referido uma gestão descentralizada torna mais simples o processo de tomada de decisão o que também é conseguido através da integração das funções de gestão interna com as de direção técnica num elemento como o responsável/diretor do CR. Igualmente a autonomia de gestão é um dos pressupostos essenciais ao modelo, refletindo-se na concretização de algumas ações como a contratualização dos objetivos, a gestão dos recursos e das partes que constituem o CR (25) (1) (49).
- b) Gestão clínica articulada e participada dos recursos existentes: Integração do CR na estrutura organizativa do hospital e promover uma melhor gestão dos recursos existentes tendo em conta os procedimentos clínicos que se estão a executar e baseados em estudos científicos. ((1); (49); (20)) e tendo em mente a responsabilização dos profissionais de saúde no uso destes recursos (25).
- c) Avaliação objetiva e permanente dos meios existentes e da capacidade instalada: Para tal, é necessária a implementação de mecanismos de avaliação que acompanhem regularmente os meios e a capacidade de alcançar os objetivos através dos indicadores definidos (43). Conhecer os meios existentes é imperativo a todos os profissionais para que se consiga uma gestão eficiente, com consciência em relação aos custos às despesas e em relação ao desperdício quando os recursos económicos são cada vez mais condicionados e caros.
- d) Controlo, acompanhamento e avaliação da atividade: através da avaliação contínua dos resultados conseguidos e da correção atempada das alterações possíveis de comprometer o cumprimento dos objetivos definidos ((24) (25) (1)). O princípio do controlo é que cada ganho ou gasto é controlado e avaliado por um gestor. A legislação em vigor prevê o acompanhamento de uma comissão externa ao CRI que poderá intervir na autonomia da gestão sempre que forem confirmados desvios em relação ao que foi contratualizado (43).

Naturalmente, uma experiência reformadora como esta tem de ser criteriosamente acompanhada, para que se possa, em tempo útil e em caso de inconformidade detetar desvios e proceder de imediato às necessárias correções. Para Freeman (51), o controlo financeiro é extremamente importante para o sucesso de uma empresa e a criação de CR foi uma das estratégias aplicadas de forma a alcançar esse objetivo. Através dos CR's, a organização complexa e burocrática de um hospital é desintegrada em sectores mais pequenos como se tratasse de uma micro-empresa e desta forma são facilmente mais geridos. De facto, as referências na literatura económica e da experiência defendem este tipo de microgestão como instrumentos de controlo mais eficientes (24), ou até "*a base da gestão controlada*" sendo que devido a este controlo é possível verificar qual a verdadeira representação desta gestão no desempenho geral da organização (25).

- e) “Participação dos profissionais na gestão, de forma a melhorar o seu desempenho e a aumentar a sua satisfação profissional”: Segundo Barros e Gomes (32) quando existe a participação dos profissionais, através do envolvimento e da responsabilização na gestão, alguns dos objetivos dos CR's são alcançados como a eficiência e a acessibilidade. Também é importante aumentar o grau de satisfação dos utentes e profissionais.
- f) “Promoção da atividade assistencial articulada com a formação dos profissionais e com a investigação científica”: Como os CR estão direcionados para determinada área e devido à importância de indicadores de qualidade e produtividade, é essencial que os profissionais de saúde estejam bem formados e aptos em determinadas competências. Destaca-se a formação dos gestores (administradores, clínicos, enfermagem) fundamentais “à mudança e liderança organizacional” assim como, a formação dos profissionais de forma a adquirir conhecimentos e a envolvê-los no projeto e na missão do CR (43).

2.5 Processo de Criação/ Implementação

Inicialmente, quando existe a ambição de se criar um CR, é necessário verificar se a unidade a reestruturar reúne algumas condições tais como (25) (1):

- a) Regulamento interno onde constem todas as disposições gerais, constituição dos órgãos, recursos financeiros que caracterizam a organização deste modelo de gestão;
- b) Sistema de informação para a gestão que contribui para o controlo e a avaliação do cumprimento do orçamento-programa;
- c) Sistemas de contabilidade e de codificação e classificação de doentes de acordo com os grupos de diagnósticos homogêneos.

Seguidamente, verificando-se os pressupostos anteriores é possível elaborar um projeto para a criação e implementação de um CR. O DL n.º 374/99 (1) regulamenta em que termos se deve cumprir a formação dos CR's. Segundo o artigo 20º do mesmo documento, relativamente ao processo de criação, todas as propostas que existam para a criação de CR's só são autorizadas por despacho do MS. Para tal, o CA do respetivo hospital que pretende criar um CR deve realizar um projeto de criação no qual obrigatoriamente demonstre as seguintes referências:

- a) Regulamento interno do CR onde constem todas as disposições já referidas anteriormente;
- b) Plano de atividades do CR para três anos;
- c) Projeto de contrato-programa;
- d) Programa de garantia de qualidade.

Para a implementação adequada de um projeto como o CR, o MS (43) reconhece a importância da qualificação dos profissionais de saúde, destacando o contributo da formação profissional sobre este modelo de gestão, nomeadamente em duas áreas essenciais:

- Formação de responsáveis: destinada adquirir conhecimentos ao nível da gestão hospitalar e ciência organizacional, nomeadamente a liderança.

- Formação/ sensibilização dos profissionais: para o desenvolvimento de competências e com o objetivo de envolvê-los e motivá-los na missão dos CR, assim como a importância do trabalho em equipa.

Em relação aos recursos financeiros dos CR's, segundo o MS (43) é necessário considerar alguns instrumentos de gestão que são elementos essenciais na organização deste modelo de gestão, que se destacam:

- Orçamento-programa;
- Plano de investimentos (contemplado no orçamento-programa);
- Sistema de avaliação e controlo de execução;
- Plano de formação e desenvolvimento dos RH;
- Plano de garantia de qualidade.

Um dos instrumentos de gestão mais importantes no CR é o contrato-programa (CP). Apesar da separação entre o prestador e o financiador em que neste caso, a entidade prestadora é o CR e a entidade pagadora é o hospital, existe uma relação entre estes dois elementos que está interligada por uma contratualização que através de um CP, ganha estrutura. Para Matos (2) a contratualização alcançou visibilidade durante as reformas no sector da saúde resultante da dissociação entre financiador-prestador. O processo de contratualização subentende que a relação seja baseada em princípios como o da autonomia e o da responsabilidade de ambos os intervenientes, em concluir o acordado de forma a garantir a eficiência e a qualidade pretendida. Tudo tem que ser analisado de forma a reduzir os custos, eliminando-se o desperdício.

O CP constitui, verdadeiramente, uma ferramenta essencial ao processo de contratualização. Este protocolo deve responder às necessidades de saúde da população e estabelecer os objetivos em saúde a cumprir como a qualidade, a acessibilidade e metas económico-financeiras, daí que também seja referida por diversos autores como gestão por objetivos.

Através do CP, estabelece-se a relação entre o pagador e o prestador, na especificação das responsabilidades e benefícios de cada uma das partes, os termos em que essa ligação se desenvolve e o estabelecimento das metas contratualizadas.

Desta forma, os CP devem estabelecer os objetivos, estruturar e alinhar a forma como estes vão ser alcançados através dos recursos planeados, como serão avaliados, o plano de atividades, o orçamento-programa, o projeto de investimentos de formação e de investigação. Assim como, contemplarem uma percentagem do desvio permitido daquilo que foi contratualizado (1).

As etapas necessárias para se estabelecer o contrato são:

- Identificar as necessidades de saúde;
- Identificar prioridades;
- Negociação e acordo;
- Monitorização e avaliação.

O orçamento do CR deve reger-se pelo seu plano de atividades. Como parte integrante do orçamento do hospital anualmente é negociado o CP segundo o exercício económico para o ano seguinte com o CA do respetivo hospital.

Contudo, para a execução do CP todos os profissionais devem estar envolvidos e participarem na missão do CR o que para tal, é fundamental que as metas contratualizadas sejam objetivas, exequíveis e do conhecimento de todos (2).

2.6 Sistema de Incentivos

O sistema de incentivos surge como uma ferramenta de gestão inovadora, importante na reforma dos modelos de gestão do tipo empresarial no sector público. São mencionadas pela primeira vez no DL n.º 374/99: *“o sistema de incentivos tem como objectivo apoiar e estimular o desempenho colectivo dos profissionais do CRI, tendo em conta os ganhos de eficiência conseguidos”* (1).

A produtividade tem que andar lado a lado com a qualidade dos serviços prestados expressa em indicadores. Nem os melhores gestores hospitalares atingem o sucesso sem a colaboração direta dos serviços e dos seus funcionários. Para Barros e Gomes (32) o aumento da produtividade e da qualidade dos cuidados é conseguido devido à atribuição de incentivos aos profissionais de saúde tendo em conta a avaliação de desempenho individual e enquanto grupo profissional, assim como, nos resultados conseguidos.

“Os sistemas de incentivos e recompensas consistem no conjunto de contrapartidas que os empregados recebem, relativamente à qualidade do seu desempenho, do seu contributo de longo prazo para o desenvolvimento da empresa e da sua identificação com os valores e princípios operativos da mesma” (18 p. 105).

Apesar de serem conceitos diferentes, tais não se podem dissociar. Quando o CR atinge a eficiência pretendida é também um dos seus objetivos a promoção de iniciativas relacionadas com a valorização profissional do seu pessoal, através de um sistema de incentivos (1). Este sistema promove a competitividade e premeia os funcionários que cumpriram os critérios determinados para a atribuição de incentivos. Se há interdependência de tarefas os incentivos devem ser baseados na equipa.

O sistema de incentivos é funcional porque cativa e como o próprio nome indica, incentiva uma equipa multidisciplinar a trabalhar no mesmo sentido. Porém, os critérios definidos para a atribuição de incentivos devem estar bem estruturados pois caso existam desproporções nas contribuições individuais, os incentivos por equipa podem baixar a motivação e o desempenho.

Na revisão da literatura constata-se que vários autores são unânimes ao referirem-se que a atribuição do sistema de sistemas de incentivos é uma ferramenta útil para motivar os profissionais e conduzi-los individualmente ou em conjunto, enquanto grupo profissional, na prossecução dos objetivos e no aumento da produtividade e da qualidade para além do que se espera, ou seja, *“baseia-se no princípio de que se estamos a exigir ao pessoal mais do que o que tem produzido, teremos que lhe dar algo em troca”* (20 p. 120).

Antunes (20 p. 45) afirma mesmo que *“o bom desempenho profissional só é conseguido com motivação e incentivo”* e que o sistema de incentivos tanto deverá ser atribuído aos profissionais de saúde, assim como, aos próprios serviços e até à gestão hospitalar.

Através da política de incentivos constatou-se, no primeiro CRI de Portugal – CCT dos HUC, uma progressão mais lenta das despesas versus as receitas, o aumento do saldo positivo, uma diminuição dos dias de ausência, dos pedidos de transferência para outros serviços e um aumento significativo de pedidos de transferência de entrada (20).

Consideram-se como sistema de incentivos:

- Melhoria das condições de trabalho;
- Participação em ações de formação e estágios;
- Apoio à investigação;
- Prémios de desempenho (1).

A OE verificou que o sistema de incentivos e os indicadores de qualidade e produtividade dos hospitais *“não se adequariam à área de enfermagem, nem seriam congruentes para os resultados esperados por cuidados de enfermagem”* (52 p. 2), o que conduziu à realização de um instrumento de trabalho a aplicar – Quadro de referências sobre indicadores de qualidade e produtividade.

Segundo a OE os indicadores da qualidade no exercício da enfermagem devem ser elaborados na base das seguintes categorias: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado dos clientes, readaptação funcional e organização dos serviços de enfermagem. Estas categorias traduzem-se em ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, porque as melhorias ocorridas desenvolveram-se a partir dos problemas identificados pelo enfermeiro e nas medidas de intervenção elaboradas por este (52).

Os CR's são avaliados por indicadores como produtividade, demora média de internamento, taxa de infeção nosocomial, taxa de reinternamento, complicações e acidentes. Estes indicadores não resultam da ação direta do enfermeiro mas, a sua atividade desempenha um papel crucial nos mesmos.

Em cada CR os indicadores de qualidade e produtividade devem estabelecer as situações principais, as mais frequentes e favoráveis de cada categoria que revelem os ganhos em saúde que partiram diretamente da ação do enfermeiro.

Outro fator a decidir é se os prémios devem distribuir-se individualmente ou ao grupo profissional. Habitualmente, a atribuição individual dos incentivos é em concordância com a

avaliação do desempenho do enfermeiro mas, pode ocorrer discriminação de profissionais com iguais níveis de desempenho e comprometimento institucional. Por outro lado, avaliar a produção individual de um enfermeiro é algo difícil de quantificar porque é um elemento que depende do grupo profissional onde está inserido, para o cliente adquirir ganhos em saúde. Contudo, basta existir elementos do grupo que não se comprometam para gerar uma desacreditação, revolta e frustração entre outros elementos da equipa.

2.7 Órgãos de Direção

Geralmente observa-se que a maioria dos serviços é dirigida por um Diretor Clínico nomeado por antiguidade na carreira e não pela sua capacidade de gestão dos recursos e de liderança da sua equipa multidisciplinar (20). Nos CR's é essencial que a direção seja habilitada nas competências de gestão hospitalar e liderança organizacional, assim como, a formação de todos os profissionais, sobretudo no contexto do desempenho e do trabalho em equipa.

Contudo, esta tendência vai contra a natureza do CR que tal como outra unidade de gestão que prima pela autonomia, descentralização e responsabilização de forma a atingir-se uma maior qualidade e excelência dos cuidados e da gestão é necessária a colaboração dos elementos de direção e chefia.

Esta noção de interdependência e de colaboração entre todos os elementos de uma equipa trabalharem no sentido de alcançar os objetivos propostos é fundamental pois nem os melhores gestores hospitalares atingem o sucesso sem a colaboração direta dos serviços e dos seus funcionários.

A orientação para os resultados é essencialmente definida pelo Conselho Diretivo (CD) previamente selecionado e nomeado pelo CA.

O CD é constituído pelo diretor clínico e por uma comissão consultiva formada por um administrador, prioritariamente da administração hospitalar, pelos responsáveis das unidades funcionais, pelos enfermeiros gestores e por outros coordenadores que se justifiquem à especificidade do centro (1). Ou seja, de forma a garantir uma gestão eficiente e participada o CD deve ser constituído pelos grupos profissionais mais importantes à gestão do CR. Só quando estes membros estão coordenados é que se conseguem desenvolver medidas eficientes, que visam à melhoria da qualidade dos cuidados prestados respeitando as competências de cada grupo profissional.

Para a formação e constituição de um CR já foram referidas quais as características necessárias embora, Peombo (49) acrescenta que a presença de um responsável/ diretor do CR é algo específico num CR. O diretor do CD do CR é *“nomeado pelo Conselho de Administração de entre médicos com perfil adequado, segundo critérios de formação, competência, experiência e liderança”* (1). Conceitos que são inerentes a uma correta governação clínica.

Para Barros e Gomes (32) apenas os médicos e não os administradores como estava preconizado em 1988, estão aptos para compreender a responsabilidade inerente aos CR's, assim como, a capacidade de detetar as suas reais necessidades.

O DL n.º 374/99 considera que em alguns casos e quando o serviço o evidencie, os CR's podem ter um diretor não médico ou um CD constituído por três elementos após alguns ajustes à nomeação e às competências do diretor contempladas no mesmo diploma (1).

Na perspectiva de Antunes (20), enquanto diretor de um CR, a responsabilização terá maior incidência no Diretor Clínico pois são eles que estabelecem o contrato-programa que têm um peso orçamental significativo no hospital. No fundo, são eles os maiores gastadores. Sendo assim, é imprescindível que estes participem na gestão. A crítica deste autor prende-se com o facto de os diretores clínicos como médicos não possuírem disponibilidade e competências na área da gestão.

O autor considera que, realmente, grande parte dos diretores não consegue dar resposta, alegando que a sua formação base não prepara neste sentido e que eles próprios afastam-se dessa gestão e onde a falta de proximidade dos profissionais de saúde com a gestão é provavelmente um dos motivos da ineficiência do SNS e da falta de continuidade na criação de outros CR's. Porém, se por outro lado os diretores são a fonte dos maiores gastos dos hospitais é necessário que *“os dirigentes sejam reeducados e orientados para o combate à ineficiência e ao desperdício”* (20 p. 96).

Já Barros (53) considera que na implementação de um CR como algo inovador, é necessário que no início do processo a seleção do diretor seja baseada no critério de quem estará apto para garantir o sucesso deste projeto. Caso este não seja alcançado o autor questiona se será devido à adaptação a um novo modelo de gestão ou, deve-se à falta de capacidade de liderança do diretor, sugerindo a importância de averiguar a eficácia do modelo ou o sucesso de quem o dirige.

No CD de cada CR, também deve fazer parte um administrador, com formação na área hospitalar que, em articulação com o diretor do centro, deve planear as seguintes atividades (1):

- Realização do contrato-programa do CR;
- Controlar a gestão económico-financeira;
- Aumentar a produtividade e reduzir os custos;
- Desenvolver um adequado sistema de informação para a gestão;
- Cumprir com as funções determinadas pelo CA.

Para Antunes o administrador do CR tem que complementar a atividade do Diretor Clínico e participar ativamente na gestão do CR (20).

2.8 O Enfermeiro no CR

Tendo em conta que *“os enfermeiros constituem o grupo profissional que permanece mais tempo nas instituições hospitalares e mais próximo se encontra dos pacientes, assumindo*

um espaço de intervenção na organização que ultrapassa o que está consignado na Lei” (14 p. 6) também no CR eles assumem um papel importante na gestão e na prestação dos cuidados. Segundo Bastias e Peralta (54) a sua principal função é a de coordenar com os outros profissionais a qualidade nos cuidados. O enfermeiro chefe/ enfermeiro gestor constituem um elemento mediador entre as áreas médicas, administrativa e os enfermeiros prestadores de cuidados.

Para Monteiro (30) o enfermeiro gestor desempenha a função de gerir, coordenar e formar os elementos do seu serviço. Como tal, são eles que identificam as necessidades de formação e motivar os seus profissionais a atualizarem os seus conhecimentos seja em formação interna ou externa ao hospital.

Legislativamente não está descrito como deve ser a nomeação do enfermeiro gestor no CD do CR. Porém, se eles contribuem significativamente no cumprimento dos objetivos do CR e na prestação de cuidados com qualidade, é importante que esta designação respeite os mesmos princípios da seleção do diretor clínico.

Algumas das funções do enfermeiro gestor são:

- Determinar os recursos materiais necessários para prestar cuidados de enfermagem;
- Participar nas comissões de escolha de material e equipamento para prestação de cuidados na unidade;
- Conhecer os custos dos recursos utilizados na prestação de cuidados na unidade e encontrar, mecanismos que garantam a sua utilização correta e o controlo dos gastos efetuados;
- Participar na determinação de custos/benefícios no âmbito dos cuidados de enfermagem¹⁵

Neste sentido, é imprescindível a presença de um enfermeiro gestor no CD dos CR's de forma a contribuir na definição de uma estratégia deste grupo, no contexto da atividade global da instituição. Quando as competências necessárias, os conhecimentos de gestão e a capacidade de liderança estão reunidas, o enfermeiro gestor contribui relevantemente para a concretização dos objetivos deste tipo de unidades.

Um dos grandes problemas do SNS é o desperdício que, de facto, é um dos maiores obstáculos à eficiência na gestão. Como tal, uma das maiores preocupações dos gestores do SNS é o combate ao desperdício. Estima-se que o desperdício proveniente da não utilização, da utilização indevida e da utilização abusiva de consumíveis atinge, pelo menos, os 25% (20). Como nos serviços, o Enfermeiro Gestor é o responsável pela gestão dos recursos materiais e humanos, enquanto os maiores utilizadores desses recursos é importantíssimo o papel que assume na garantia da eficiência dos CR's na utilização adequada dos recursos, ao racionalizar os gastos e a combater o desperdício, pela produção de resultados. Num estudo de Carvalho e Santiago (14 p. 8) constatou-se que, na globalidade, os enfermeiros gestores têm uma preocupação *“sobre a racionalidade económica, que emergem como um valor organizacional de referência”*.

Porém, o Enfermeiro Gestor tem de ter em consideração a promoção e a garantia dos cuidados com qualidade sendo esta a sua prioridade de forma a atuar eficazmente na resposta à necessidade de mudança.

3. MUDANÇA ORGANIZACIONAL

“A mudança em si nem é boa ou má, é inevitável... A mudança vai, pode e deve ocorrer”. White citado por Curtis e White (55 p. 15)¹.

Na literatura constata-se que dentro dos estudos organizacionais, a mudança dentro de uma organização é das temáticas mais exploradas. Porém, ainda é frequentemente testemunhado as dificuldades sentidas pelos gestores e profissionais quando se deparam com esta situação na sua instituição. Neste capítulo procuraremos descrever alguns dos aspetos que caracterizam a mudança organizacional, nomeadamente o processo de implementação, as reações dos profissionais perante essas medidas e as estratégias para minimizar reações adversas.

Numa definição adaptada de Porras e Robertson (1992), Ribeiro (34 p. 13) descreve que a mudança organizacional *“representa um conjunto de teorias, valores, estratégias e técnicas, cientificamente estruturadas com o objectivo de uma mudança planeada no ambiente de trabalho com o propósito de elevar o desenvolvimento individual e o desempenho organizacional”*.

A mudança é algo inevitável por as organizações serem constantemente influenciadas por fatores internos e externos (34).

Em 1997 a American Productivity & Quality Center (APQC) com o Inner City Fund (ICF) Kaiser e 10 organizações patrocinadoras (56) investigaram qual a melhor prática para as organizações lidarem com a mudança e destacaram como a influência de vários fatores tem repercussões sobre a mudança. Em relação aos fatores externos evidenciam-se as alterações demográficas no trabalho, as expectativas face à qualidade, produtividade e a satisfação dos clientes e novas tecnologias que alteram significativamente o ambiente de trabalho nas organizações, assim como, a competitividade entre a concorrência e os fornecedores também podem originar a mudança. Internamente o que é passível de proporcionar a mudança são a contenção dos custos, o aumento da produtividade sem aumentar os gastos, a multidisciplinaridade das equipas e o empowerment dos trabalhadores e também segundo Ribeiro (34) o sistema técnico, social e o desempenho.

Neste cenário atual transformista, a mudança é algo presente e cada vez mais necessária para as instituições sobreviverem e competirem no mercado existente. Segundo Carvalho e Santiago (14) as reformas na saúde realizadas dentro da filosofia da NGP provocaram uma série de mudanças organizacionais que afetou significativamente a burocracia profissional que caracterizam as estruturas organizacionais, o que, segundo os mesmos autores têm como finalidade principal *“incentivar mudanças culturais, consubstanciadas em alterações ao nível do próprio comportamento dos profissionais”* (14 p. 5).

¹ *“change itself is neither good or bad, it is inevitable... Change will, must and should occur”*. (55 p. 15)

Na opinião de Carneiro de Moura (36 p. 109) “*as principais reformas foram nos modelos de gestão e tinham como objectivo principal introduzir nos serviços públicos da saúde os modelos de mercado*”. Ou seja, os hospitais na última década têm tentado responder às atuais necessidades assim como, sobreviver face à competitividade existente e ao aumento dos gastos. Tem-se assistido que em resposta a esta situação, de facto, “*os hospitais começaram a diferenciar-se entre si de forma estratégica e estrutural*” (34 p. 22).

Porém, apesar das reformas no sector da saúde, são vários os serviços do SNS que não trabalham em equipa e que se mantêm burocráticos, rígidos e pouco flexíveis não se adequando às necessidades da atual realidade do cliente que está constantemente em transformação e a transição de um modelo organizacional verticalizado e burocrático para outro modelo de gestão mais flexível supõe a existência de mudanças com vista a uma maior eficiência (23).

O hospital como representa uma fonte de grandes despesas, é das instituições mais submetida a reformas no sentido de contrariar esta tendência, de forma a melhorar a eficiência e a qualidade dos cuidados sem aumentar os custos.

Num estudo realizado por Monteiro (30) a enfermeiros com funções de gestão sobre a análise do impacto das alterações políticas na estrutura burocrático-profissional tradicional dos hospitais dentro da filosofia da NGP constatou-se “*o surgimento de tendências para a implementação de algumas mudanças estruturais, que se materializam na agregação de diversos serviços em departamentos...*” (30 p. 7). Aliás, segundo os enfermeiros de vários hospitais estamos perante dois cenários: um em que as mudanças introduzidas são de fraca notoriedade traduzindo-se na junção de “unidades diferenciadas” o que levou a um aumento da burocracia. Na segunda situação as mudanças trouxeram um maior impacto com a criação das unidades intermédias de gestão com o objetivo de aproximar a gestão e de conferir autonomia e flexibilidade ao centro operacional.

Ao implementarem-se alterações nas organizações hospitalares reestruturando-se as unidades num novo paradigma de gestão como um CR implicará mudanças profundas na cultura organizacional. Com a introdução dos CR's assiste-se nos hospitais a uma inovação organizacional que naturalmente provocará mudanças na estrutura organizacional e no quotidiano da vida dos profissionais ao substituir a estrutura rígida e hierarquizada de outrora por algo inovador.

Num estudo de Carvalho e Santiago (14) aplicado a enfermeiros gestores de dois grupos de hospitais, os empresarializados e os autónomos, verificou-se que os enfermeiros do grupo dos hospitais autónomos não presenciaram alterações enquanto no grupo dos hospitais empresarializados ocorreram mudanças na estrutura organizacional, nomeadamente a criação de estruturas intermédias de gestão (como os CR). Esta alteração foi realizada no sentido de integrar as estruturas organizacionais e a gestão com o objetivo de autonomizar e flexibilizar as unidades internas o que inevitavelmente levou a uma desburocratização, que na opinião dos autores se assemelha mais a modelos de gestão privada.

3.1 Processo da Mudança Organizacional

O processo da mudança organizacional é algo que tem sido bastante estudado dentro das ciências sociais. De acordo com Ribeiro (34), um dos primeiros autores a debater-se sobre este tema foi Lewin em 1947 que refere que na implementação de uma mudança existem fatores favoráveis e outros não favoráveis e, com vista ao sucesso de uma mudança há que considerar os elementos favoráveis e minimizar os não favoráveis.

Grande parte da literatura refere que existem dois tipos de mudança organizacional, a mudança planeada e emergente. De uma forma resumida Pina e Cunha e Rego (57 p. 2) descrevem que a mudança planeada é *“conduzida segundo um processo preestabelecido”* e é uma mudança normalmente avançada pelo topo da hierarquia, enquanto a mudança emergente acontece *“de forma não prevista, em resposta a problemas e especificidades locais”*.

Para Silva e Vergara (58) ainda que em presença de uma mudança planeada, esta não pode unicamente ser interpretada do ponto de vista dos processos, mas também, deve ser entendida na dinâmica social impulsionadora na mudança de relações, perante a organização, a sociedade, entre colegas e enquanto profissional.

A implementação de um CR pelas suas características deverá enquadrar-se no tipo de mudança planeada, pois tem como objetivo reestruturar, melhorar a eficiência e o desempenho de uma unidade, tal como é referido por Pina e Cunha e Rego (57 p. 3): *“(...) é um processo planeado, guiado pela gestão e destinado a conduzir a organização de um estado A para um estado B mais favorável”*. Porém, os mesmos autores constataam que a implementação dos CR's pode ocorrer dentro dos moldes da mudança emergente quando: *“(...) cujos contornos se vão delineando à medida que, através da organização, as pessoas vão procurando responder aos desafios com os quais a organização vai sendo confrontada”*.

Em relação à implementação da mudança propriamente dita, uma parte do Relatório de Primavera de 2010 do OPSS (48) constitui um conjunto de recomendações de como as mudanças nas organizações hospitalares devem ser efetuadas. Nomeadamente, que devem ser realizadas quando existem fundamentos credíveis passíveis de serem comprovados, tendo em conta o período essencial para este processo realizar-se de forma lógica e para se observar as alterações anteriores.

O que é comum no conhecimento científico sobre a implementação de uma mudança organizacional é que esta necessita de planeamento. Na fase de preparação da mudança Pina e Cunha e Rego (57) referem que é importante especificar os objetivos da mudança e explicar os motivos desta. Desta forma, os profissionais compreendem quais os contributos e que é algo exequível. Para os mesmos autores *“a definição dos objectivos deve ser acompanhada de um sistema de recompensas capaz de estimular a adesão dos trabalhadores”* (57 p. 5).

Na opinião de Correia de Campos em relação à estratégia de implementação de novos modelos de gestão: *“se houver meios para acompanhar, controlar e corrigir os erros de*

percurso de uma mudança brusca, ela pode superar a mudança lenta em vantagens.” (39 p. 31).

Segundo a APQC a forma “*como uma organização decide a motivar, comunicar e integrar a mudança no sistema de trabalho determinará a magnitude do seu sucesso*” (56 p. 2)². Da investigação produzida pela APQC foi elaborado um relatório que destacou cinco princípios essenciais no sucesso de uma mudança organizacional (56):

- Compromisso e participação ativa dos líderes: A mudança organizacional só é conseguida através da participação ativa e o empenhamento do líder da organização. Aspeto que destacaremos em seguida.
- Cultura da mudança: Este é um conceito bastante abrangente, e que pode ter várias interpretações, mas que essencialmente caracteriza-se pelas atitudes e pelos comportamentos adotados perante o trabalho numa organização. Para uma mudança efetiva é essencial a cultura da mudança pois proporcionará outras mudanças através da adaptação e a aceitação das forças do trabalho à mudança organizacional.
- Envolvimento energético de uma força de trabalho capacitada e formada: Os profissionais devem estar formados para compreender os objetivos da organização, porque é que a mudança é necessária e estarem dotados das competências necessárias para implementarem a mudança. Mesmo que os profissionais tenham autoridade e responsabilidade, se estão desprovidos de competências adquiridas através da formação, não são capazes de implementar a mudança. Esses conhecimentos vão desde a capacidade de liderança e as capacidades técnicas.
- Comunicação efetiva e monitorização: A comunicação efetiva tem de ser uma comunicação aberta, honesta e esclarecida. É extremamente importante porque é através dela que os gestores/líderes comunicam a sua visão e estratégias para todos os intervenientes da mudança, que se dá feedback e o ponto de situação da mudança organizacional. É o elo de ligação pelo qual os gestores comunicam as informações pertinentes como é por ela que os profissionais falam as suas necessidades. A monitorização também ocupa um lugar de destaque numa mudança efetiva pois qualquer processo deve ser monitorizado e como tal, é importante que perante uma mudança a sua situação/evolução seja regularmente observada e avaliada. Os resultados desta avaliação devem ser partilhados a toda a equipa.
- Aproximação dos sistemas de RH com as metas e objetivos da mudança: Por diversas vezes constata-se que os profissionais não têm conhecimento do porquê da mudança. É essencial que eles próprios também se adaptem perante a nova missão e objetivos da mudança.

² “*How an organization decides to motivate, communicate, and integrate change into the work force will determine the magnitude of its success.*” (56 p. 2)

3.2 Reações à Mudança

Nas organizações de saúde as mudanças ocorrem a um ritmo veloz. Para competir num mercado em constante transformação, a reforma dos hospitais desencadeou uma série de mudanças com o principal objetivo de reduzir os custos. Na gestão hospitalar a introdução da contratualização, acreditação, boas práticas, inovação e atualização proporcionou a ocorrência de uma série de mudanças organizacionais que, dada a quantidade de indivíduos e de grupos profissionais existentes, pode ser percebida de diferentes maneiras.

As respostas dos trabalhadores a um processo de mudança organizacional têm sido alvo de vários estudos ao nível da psicossociologia, pois estas reações podem representar o sucesso ou o insucesso dessa mudança. Vários estudos na literatura referem que as formas como as organizações conduzem e lideram a mudança influenciam significativamente as reações dos profissionais.

A reação mais presente à mudança é a da resistência, daí que Curtis e White (55) citando Dent e Galloway-Goldberg referem que consiste na “*parte padrão de um vocabulário da gestão*” (55 p. 15)³. Harvey citado pelos mesmos autores (55 p. 15) comenta que “*mudança sem resistência nem sequer é mudança – é uma ilusão de mudança*”⁴.

A literatura da gestão sugere que a resistência é uma consequência inevitável da mudança e que os gestores devem saber quais as causas da resistência e as estratégias para as ultrapassar. Contudo, Ribeiro (34) descreve que na opinião de vários teóricos, a resistência não é uma consequência, mas sim uma etapa da mudança que ocorre após a negação desta. Esta etapa coincide “*quando os profissionais não participam, tentando adiar a implementação e esforçando-se por convencer os níveis hierárquicos superiores que a mudança proposta não é apropriada*” (34 p. 26).

Curtis e White (55 p. 15) explicam que “*o nível da resistência dependerá do tipo da mudança*”⁵. Segundo os autores quando em presença de mudanças tecnológicas a resistência esperada será menor do que nas mudanças ao nível social e de protocolos.

Como as mudanças alteram o equilíbrio do grupo e da organização, a resistência por parte dos elementos deve ser sempre expectável. Estima-se que 15 a 20% dos elementos resistem à mudança provocando um mau ambiente e um retrocesso na mudança (59).

Na revisão da literatura conclui-se que as falhas que ocorrem na implementação das mudanças, deve-se à resistência humana e à falta de comunicação. Porém, também se verifica que na visão tradicional da mudança as reações, os sentimentos das pessoas à mudança não eram valorizadas, daí a insuficiência de estudos existentes sobre esta temática.

Perante o conhecimento já produzido, na presença de uma mudança esta deve ser analisada não como uma ameaça mas como um desafio ou uma oportunidade de se assimilar algo novo. É importante que os gestores ou os responsáveis pela mudança devam estar a par

³ “*a standard part of management vocabulary*” (55 p. 15).

⁴ “*change without resistance is no change at all – it is an illusion of change*” (55 p. 15).

⁵ “*The level of resistance will depend on the type of change*” (55 p. 15).

das razões pelas quais as pessoas resistem às mudanças e familiarizarem-se com estratégias que possam ser usadas para reduzi-las.

Num estudo realizado por Silva e Vergara (58) sobre que significados e sentimentos a mudança intencional nas organizações assumem para os indivíduos, foi destacado um aspeto interessante. Os autores referem-se à resistência da mudança organizacional como um mito pois, “ (...) são, antes de tudo, manifestações de emoções, tais como ansiedade, medo, angústia, raiva, nostalgia. A mudança organizacional é, essencialmente, algo que mobiliza as emoções dos indivíduos” (58 p. 19). Ou seja, em qualquer mudança, a resistência é apontada como a principal reação e o maior obstáculo ao seu sucesso. No caso das mudanças organizacionais, o fator humano poderá significar a diferença entre o sucesso e o fracasso. A reação pode ser notada nos comportamentos dos profissionais quando reagem à implementação de novos modelos de gestão e de novas formas de comunicação hierárquica.

Na opinião de Johnston (60) algumas destas alterações ocorrem ao nível dos RH o que, inevitavelmente suscitou preocupações relativamente à estabilidade profissional devido a alterações nas contratualizações o que provoca algumas reações como insegurança e medo de perder o seu emprego. Normalmente estas reações estão associadas ao medo do novo e à ameaça de perda do poder, perda de cargo e de perda dos benefícios que têm dentro da organização.

Para Carneiro de Moura (36) as reformas caracterizadas pela implementação de ferramentas de gestão inovadoras, em relação ao grupo profissional dos médicos levam a um menor poder destes. Assim, uma das grandes dificuldades esperadas é a resistência por parte desta classe à mudança.

No estudo de Carvalho e Santiago (14) verificou-se que nos hospitais empresarializados a perceção dos enfermeiros face à mudança das políticas dos RH é bastante elevada, visto que também é nestes hospitais que estas políticas são mais intensas nomeadamente: vencimento consoante a produtividade conseguida, contratos mais flexíveis, mobilidade dos profissionais e redução dos efetivos.

Neste estudo concluiu-se que “as reformas propostas para a gestão hospitalar estão a promover o afastamento destas instituições da burocracia profissional para as aproximar de um modelo mais próximo da gestão privada” (14 p. 12).

Os enfermeiros entendem que a contenção dos custos é crucial e os seus medos passam que devido à redução dos profissionais esteja em causa os cuidados ao doente (60).

Em relação à implementação de um modelo de gestão como um CR as reações que empiricamente têm sido observadas apontam para uma descrença neste projeto, o que se justifica pelas tentativas falhadas que se devem à falta de motivação (32). Antunes (20) como diretor de um CR também observou a resistência de toda a estrutura hierárquica nomeadamente gestores e elementos da equipa multidisciplinar, referindo que a própria criação dos CR's não foi estimulada e facilitada como também a transição dos serviços hospitalares em CR's de forma abrupta é algo utópico.

3.3 Recomendações para a Implementação da Mudança

Grande parte da literatura consultada sugere que os gestores e os agentes da mudança não devem só esperar resistência quando introduzem a mudança, como também devem estar aptos a lidar efetivamente com ela. Segundo Johnston (60) permitir aos profissionais que tenham conhecimento de quando ocorre a mudança poderá reduzir a tensão.

Perante a mudança propriamente dita é essencial criar um programa estratégico com um conjunto de linhas orientadoras para que a transição seja efetiva. Como Monteiro (30 p. 320) refere, *“através de uma gestão estratégica, com a elaboração de um projecto de organização, o hospital encontraria meios para solucionar as dificuldades que hoje se lhe colocam”*.

As estratégias mais frequentemente identificadas na literatura para se implementar uma mudança são (55):

- a) Introduzir a mudança lentamente
- b) Participação
- c) Sentimento de propriedade
- d) Educação e facilitação
- e) Desenvolvimento de confiança
- f) Suporte adicional
- g) Agente da mudança.

Como já foi verificado e partindo do princípio que em qualquer mudança ocorrerá resistência, os autores Curtis e White (55 p. 15) sugerem que a alternativa é fazer com que *“(...) os enfermeiros sejam capazes de reconhecer a resistência e planejar e implementar estratégias para minimizá-la ou impedi-la”*⁶ e compreendê-la pode ajudar os líderes ou os agentes que provocam a mudança, a implementá-la de forma mais efetiva. Esta opinião é partilhada no estudo da APQC: *“porque a mudança quase sempre é resistida, ela necessita de um líder. E quanto mais poderoso e visível é o líder, mais provavelmente a mudança será bem sucedida”* (56 p. 3).⁷

Perante esta situação também os enfermeiros gestores devem convidar os seus elementos a falarem sobre as suas dúvidas e frustrações (60).

3.4 O Papel do Líder na Mudança

O papel desempenhado pelos vários profissionais com funções de gestão é importante de forma a encontrarem alternativas, inovar e produzir melhorias no sistema, Nestes gestores

⁶ “...nurses are able to recognise resistance and plan and implement strategies to reduce or prevent it” (55 p. 15).

⁷ “Because change is almost always resisted, it needs a champion. And the more powerful and visible the champion, the more likely the change will be successful” (56 p. 3).

deve-se destacar e assumir a figura do líder que deve demonstrar que tem capacidades e competências para gerir a mudança e que é responsável por proporcionar aos profissionais o empenhamento e a motivação necessárias para lidar com as alterações organizacionais.

Está-se perante um líder quando um profissional participa no processo de decisão e que se aplica ativamente na realização das atividades e através do seu desempenho influencia toda uma organização a melhorar. Para Hammer e Champy (1993) citados por Johnston (60 p. 16)⁸: “os líderes eficazes são visionários que podem convencer as pessoas a tornarem-se parte da mudança, de bom grado e entusiasticamente, e aceitar a angústia que acompanha a realização da mudança”.

Segundo a APQC (56) o líder é responsável pela comunicação efetiva da mudança. Ou seja, para além da visão é importante que consiga explicar os motivos que conduziram a esta e todo o processo de planeamento e implementação da mudança e que consigam motivar todos os profissionais a participarem nela. Para tal, não basta apenas a notoriedade do líder mas que este também tenha a formação e as competências necessárias para a prossecução da mudança.

Pelo motivo da diferença entre a visão e o processo da mudança é que muitos CR's não passaram do projeto. Não basta apenas a nomeação de um diretor de um CR pelo seu currículo formativo, tão necessária é a capacidade que ele tem para liderar e motivar toda a sua equipa no processo da mudança, daí a importância de eles terem personalidade de líder e conhecimento e formação na gestão e na motivação de uma equipa.

Para Johnston (60) cada vez mais os enfermeiros têm que fazer parte da reforma dos cuidados de saúde. Não só é importante para a cooperação entre os profissionais como também devem assumir-se como líderes nesta mudança.

Existem os enfermeiros gestores que são nomeados para gerirem os seus serviços e que por um lado faz parte das suas funções aplicarem as mudanças organizacionais, ajudando os profissionais a compreender a mudança e as suas implicações, assim como informá-los das suas novas funções e ajudá-los nesta transição. Por outro lado, existem os enfermeiros que se assumem e que são vistos pelos outros como líderes num processo de mudança organizacional.

Inicialmente apontava-se que o sucesso de uma mudança dependia da forma como o seu líder a conduzia. Porém, conforme descrito no artigo de Azevedo (61), atualmente existe uma alteração no paradigma da liderança associada ao contexto onde esta é praticada em que “compreende-se o trabalho do líder centrado no desenvolvimento da capacidade dos membros da organização” (61 p. 353). Ou seja, nesta perspetiva o desempenho dos profissionais é tão importante quanto o do próprio líder.

⁸ “Effective leaders are visionaries who can persuade people to become part of the change, willingly and enthusiastically, and to accept the distress which accompanies realization of change” (60 p. 16).

3.5 O Papel dos Profissionais de Saúde na Mudança

Face às constantes reformas no sistema de saúde, não são só as organizações que têm de se adaptar e flexibilizar como também, é importante a adesão dos profissionais de forma a atingir os objetivos e desenvolver a missão da organização.

Independentemente do tipo de mudança, o desafio que se impõe à organização é o de equilibrar as exigências e as expectativas de todos os intervenientes, desde os clientes aos gestores. Sem este equilíbrio, a organização pode comprometer a sua produtividade devido a problemas como a ansiedade no ambiente de trabalho (56).

Segundo Johnston (60) de forma a se implementar uma mudança esta deve ser efetuada no seio de uma equipa multidisciplinar, em que cada grupo profissional contribua com os seus conhecimentos e visão para o sucesso de uma mudança dentro da estratégia da organização. Para Pina e Cunha e Rego esta equipa deverá ser capaz de orientar uma mudança e ultrapassar todas as adversidades, sendo *“persuasiva, firme e empenhada”* (57 p. 5).

Matos (2) citando Iles (1997) refere que para se constituírem órgãos de gestão intermédia como os CR's, ao nível dos profissionais de saúde, existem 3 regras fundamentais:

“a) Acordar precisamente no que é expectável que os profissionais alcancem;

b) Assegurar que ambos acreditam ter as competências e recursos necessários para atingir os resultados esperados;

c) Dar feedback em que pontos estão os resultados a ser alcançados” (2 p. 165).

Na opinião de Antunes (20) como os CR's são um modelo de gestão inovador é necessário que todos os profissionais acreditem e participem na implementação deste projeto.

Os enfermeiros como o grupo profissional mais representativo na organização hospitalar e o mais próximo do doente devem preocupar-se com o seu desenvolvimento, os seus conhecimentos e competências de forma a contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde e acompanhar a evolução destes e participar ativamente neste processo de mudança organizacional como a criação e implementação de um CR. Tendo em conta que *“os enfermeiros constituem o grupo profissional que permanece mais tempo nas instituições hospitalares e mais próximo se encontra dos pacientes, assumindo um espaço de intervenção na organização que ultrapassa o que está consignado na Lei”* (14 p. 6) também no CR devem assumir um papel importante na prestação de cuidados e na gestão.

Além das funções dos enfermeiros relativamente à prestação dos cuidados de saúde e na consciencialização cada vez mais presente sobre a satisfação do cliente, a qualidade dos cuidados e o combate ao desperdício, também os enfermeiros com funções de gestão, assumem um papel importante nos serviços, nomeadamente na seleção de alguns RH, na seleção dos recursos materiais e equipamento, no conhecimento dos custos dos mesmos, no controlo dos gastos e na determinação do custo/ benefício no âmbito dos cuidados de enfermagem. Neste sentido, é imprescindível a presença destes profissionais na definição da estratégia do CR no contexto da atividade global da instituição.

Um artigo realizado por Rodrigues (62) alerta sobre esta problemática e pretende clarificar qual o papel do enfermeiro dentro de uma instituição pública do tipo empresarial e qual é o caminho a percorrer para mostrar o valor acrescentado dos cuidados de enfermagem. Ou seja, qual é a forma para contrariar o paradigma atual em que o enfermeiro não contribui para as grandes reformas no sector da saúde quando é o grupo profissional existente em maior número na organização hospitalar, que passa mais tempo com o doente, que tem um papel fulcral na prevenção e que é responsável pela gestão de uma série de recursos materiais originadora de gastos e quando de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) “*o enfermeiro é um profissional habilitado (...) com competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem*” (63 p. 3).

Segundo Rodrigues (62) a solução para este desafio é aproveitar estas mudanças na gestão nomeadamente nas políticas de recursos humanos que podem proporcionar a alteração da conjuntura atual relativamente ao marketing da profissão e mostrar aos elementos da direção o valor acrescentado dos cuidados de enfermagem (CE) e os contributos destes para uma melhoria na gestão. Para a mesma autora, as medidas a desenvolver para mostrar os ganhos em saúde através dos CE é algo que tem de ser discutido pelos gestores de enfermagem na definição de “*metas que promovam ganhos em saúde concretos através dos CE*” (62 p. 20) e que se traduzam num aumento da satisfação dos clientes, dos enfermeiros, na melhoria dos serviços, na eficiência na utilização dos recursos, na resposta face à competitividade existente o que na sua globalidade permite melhorar o atendimento dos clientes.

Nesta perspetiva, se alguns dos problemas da gestão da saúde prendem-se com a ineficiência na utilização dos recursos, gastos em doenças crónicas e se o enfermeiro desempenha um papel crucial na prevenção da doença e cada vez mais é consciente sobre a utilização dos recursos deduz-se que, de facto, é necessário reforçar o papel do enfermeiro, valorizar o enfermeiro e dar visibilidade a este e mostrar o valor acrescentado dos cuidados de enfermagem.

Tratando-se de um processo de mudança organizacional, é importante que o enfermeiro participe de forma a atingir o sucesso da mesma.

CAPÍTULO II - REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Este capítulo é dedicado à metodologia desta investigação, nomeadamente à Revisão Sistemática da Literatura (RSL) com respetiva apresentação dos artigos selecionados e discussão dos resultados. Finalizamos com uma proposta de um modelo de referência que agrupe um conjunto de linhas orientadoras e estratégias na criação e implementação de um CR, visando-se o sucesso e a eficiência.

1. PROTOCOLO DE PESQUISA E SELEÇÃO DE ARTIGOS

Neste trabalho pretende-se analisar a informação existente na produção científica sobre os CR's, de forma a identificar as linhas orientadoras para a sua implementação efetiva como um novo modelo de gestão. Tal é possível através de uma RSL pois, segundo Ramalho (64) os achados da RSL permitem a realização de guias de práticas clínicas de enfermagem desde que sejam fundamentados em investigações primárias de qualidade.

Para a mesma autora *“a revisão sistemática mostra o estado da arte sobre um determinado tema. Aponta lacunas, faz críticas e resume o que realmente interessa”* (64 p. 55).

De forma a organizar este conhecimento, o presente trabalho foi realizado de acordo com os princípios metodológicos de uma revisão sistemática da literatura que, segundo as orientações de Cochrane Collaboration (5) é quando se localizam todas as publicações sobre o tema em causa.

Neste sentido, foi utilizado o método PI[C]O (5) conforme o quadro 1 e assim, delineámos a questão orientadora e definimos os critérios de inclusão e exclusão de estudos primários que constituem a amostra deste estudo.

Definiu-se a seguinte questão de investigação:

- Quais as estratégias identificadas pelos profissionais de saúde para a implementação efetiva dos CR's?

Desta procura construímos os objetivos do estudo que visam dar resposta à questão principal:

- Identificar os fatores que contribuem para a implementação efetiva dos CR's;
- Identificar possíveis limitações na implementação efetiva dos CR's;
- Elaborar um modelo de referência que agrupe um conjunto de orientações para a criação e implementação de um CR.

Os critérios utilizados para a formulação do método PI[C]O estão identificados no seguinte quadro:

QUADRO 1 – Critérios para a formulação do método PI[C]O

P	Participantes	Quem foi estudado?	Profissionais de saúde que exerçam funções num CR	Palavras-chave: - Centros de responsabilidade - Hospital - Profissionais de Saúde
I	Intervenções	O que foi feito?	Identificar estratégias para a implementação dos CR's	
[C]	Comparações	Podem existir ou não?	Sim Estratégias para a implementação dos CR's	
O	Outcomes	Resultados	Identificação de fatores decorrentes da implementação dos CR's	

Através dos achados deste quadro foram definidos os critérios de inclusão e de exclusão de artigos para a revisão sistemática deste estudo.

- Critérios de inclusão:

- 1) Estudos de investigação com abordagem qualitativa ou quantitativa;
- 2) Estudos que abordem hospitais com CR;
- 3) Estudos que se incidam sobre o modelo de gestão dos CR;
- 4) Estudos realizados a qualquer profissional de saúde que trabalhe num CR;
- 5) Estudos que comparem as várias dimensões de contextualização dos CR;
- 6) Artigos com texto completo disponível;
- 7) Artigos publicados desde 1997 até 2012;
- 8) Estudos em língua portuguesa, espanhola e inglesa.

- Critérios de exclusão:

- 1) Estudos realizados fora da área hospitalar;

- 2) Estudos realizados em serviços que não se gerem como CR;
- 3) Estudos que apenas foquem o sistema financeiro dos CR.

- Estratégia de pesquisa:

Para a inclusão de estudos relevantes teve-se em conta os conceitos identificados ao nível dos participantes, intervenção e metodologia.

Iniciou-se a pesquisa via internet em duas plataformas eletrónicas de bases de dados: EBSCO e B-ON. Na plataforma EBSCO foram pesquisados estudos publicados nas seguintes bases de dados: CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, MedicLatina, PsycARTICLES, Academic Search Complete. Foram procurados artigos científicos desde 1997 até à data da pesquisa através da Palavra-Chave: “Responsibility Centers” e foram encontrados 5 artigos. Respeitando o critério de inclusão 1), 6) e de exclusão 3) obtivemos 2 artigos.

Na plataforma B-ON através da interseção das palavras-chave “Responsibility Centers” e Hospital foram encontrados 25 artigos. Após uma primeira leitura dos títulos desses artigos, foram selecionados 11 de acordo com os critérios de inclusão 3) e 8) e de exclusão 1).

Procedeu-se à leitura dos resumos e foram selecionados 4 artigos segundo os critérios de inclusão 3) e de exclusão 3). Após a leitura integral destes 4 artigos, eliminámos dois estudos pelo critério de inclusão 3) e pelo critério de exclusão 2), ficando com 2 artigos, que são os mesmos artigos finais selecionados pela pesquisa realizada na EBSCO.

Através de uma pesquisa no Google académico, verificou-se que alguns dos estudos relacionados com este tema estavam escritos em espanhol, sendo de origem Chilena. Assim, a partir da plataforma Scielo Chile e através do cruzamento das palavras-chave “Centros de Responsabilidad” e hospital foram encontrados 8 artigos, dos quais após a leitura do título seleccionaram-se 5. Depois da leitura do resumo dos mesmos e aplicando-se o critério de inclusão 3) e de exclusão 2) ficaram 3 artigos para analisar que sobre a leitura integral dos mesmos e respeitando o critério de inclusão 3) optou-se por incluir 2 artigos no estudo.

No Google Académico através das Palavras-Chave anteriormente definidas foram ainda encontrados 2 artigos relevantes para o estudo, sendo que um deles é uma tese. Assim sendo, foram 6 os artigos incluídos neste estudo.

2. DESCRIÇÃO DOS ESTUDOS

Em relação aos 6 artigos selecionados, procedeu-se a análise final e extração dos dados. Para tal, construiu-se um quadro (quadro 2) que resume o título, autor, ano de publicação e país, desenho metodológico, participantes e objetivos dos estudos finais. Nesse quadro a numeração atribuída aos artigos diz respeito a uma ordenação crescente da data de publicação dos mesmos.

QUADRO 2 – Síntese dos estudos encontrados

	Título	Autor, ano e país	Orientação Metodológica	Participantes	Objetivos
1	Estructura y recursos humanos en un hospital público chileno: una experiencia de cambio	Barrios, Vidal e Leichtle 1997 Chile	Estudo qualitativo	Todos os Profissionais do Hospital (N=1015)	Descrever a reforma ocorrida no Hospital público Luis Calvo Mackenna através de uma mudança organizacional ao nível da gestão, nomeadamente a integração de uma gestão inovadora.
2	Logros y Perspectivas del Sistema de Costos Hospitalarios, Diseñado para la gerencia	Calderaro e Franquis 2002 Cuba	Revisão crítica	Todos os CR's do Hospital	Analisar as conquistas e perspectivas do desenho e implementação de um sistema de custos por áreas de responsabilidade.
3	The Inicial Effects of Physician Compensation Programs in Taiwan Hospitals: Implications for Staff Model HMOs	Chu et al 2003 China	Estudo qualitativo	58 Departamentos	Analisar se um Programa de Incentivos Médico, baseado no sistema de centros de responsabilidade, melhorou a eficiência departamental num hospital público universitário em Taiwan.
4	Caso de um nuevo modelo de gestion hospitalário en Chile: Hospital Santiago Oriente, Doctor Luis Tisné Brousse	Chavarria Chile 2008	Estudo de caso	24 Entrevistas	Analisar a gestão do hospital Santiago Oriente, Doctor Luis Tisné Brousse, que permita identificar pontos fortes e fracos do novo modelo de gestão antes dos atuais desafios da política de saúde chilena.
5	Diseño de um modelo de gestión para un establecimiento hospitalário	Bastías e Peralta 2009 Chile	Estudo qualitativo	9 CR's	Realizar uma análise da situação atual, dos planos estratégicos do Estabelecimento, os requerimentos da rede Assistencial e requisitos da Reforma de Saúde, propor um modelo de gestão Clínica-Administrativa ao Hospital de Lota (Chile), baseado na estratégia dos Centros de Responsabilidade.
6	Implementación de la política de hospitales autogestionados en Chile: percepción de los profesionales.	Méndez et al 2012 Chile	Estudo de caso	19 Profissionais	Estudar as perceções dos profissionais de saúde em relação à fase de implementação da política de Estabelecimentos de Autogestão em Rede num hospital de alta complexidade no sul do Chile.

Dos estudos considerados nesta revisão e resumidos no quadro 2, quatro deles são provenientes do Chile que sobre esta temática tem produzido vários artigos, um é de origem Cubana e outro é Chinês em que um dos autores tem escrito vários artigos com evidência científica relacionados com esta problemática.

De seguida, procedemos a uma descrição destes estudos que investigam o mesmo foco para posteriormente analisarmos a continuidade e complementaridade que apresentam entre si e os aspetos que os diferenciam.

O **ESTUDO 1** de Barrios, Vidal e Leichtle (65) é um estudo com uma metodologia do tipo qualitativa. Tem como objetivo descrever a reforma ocorrida no Hospital público Luis Calvo Mackenna (Centro Assistencial Pediátrico em Santiago, Chile) desde 1994 através de uma mudança organizacional ao nível da gestão, nomeadamente a integração de uma gestão inovadora.

De forma a implementar esta reforma foram aplicadas as seguintes medidas:

- Reestruturação dos serviços clínicos em novos departamentos e unidades;
- Realização de um estudo de clima organizacional;
- Capacitar todos os profissionais para incutir um espírito de participação e uma nova visão da missão do hospital e do trabalho em equipa;
- Realização de um plano estratégico.

Para se proceder esta reforma foram identificados os problemas existentes e alguns destes reportam-se à gestão dos RH e outras áreas que segundo os autores resume-se à *“incapacidade para gerar políticas efetivas de seleção, formação, avaliação, reconhecimento e remuneração”* (65 p. 344).

Em relação à estrutura hierárquica constata-se que é extremamente burocrática. Dirigida por um diretor-médico sem conhecimentos em gestão hospitalar e que se encontrava apoiado por um subdiretor, também médico que, por sua vez, dirigia mais de 20 chefes de serviço e outras unidades de apoio que se encontravam focadas na especialidade e não na satisfação dos usuários.

Relativamente à parte administrativa existia um subdiretor responsável pelos departamentos de finanças, admissão, serviços gerais, aprovisionamento e farmácia que se regia por métodos conservadores da administração pública, o que se traduzia na falta de comunicação entre as áreas médicas e administrativas do hospital.

Além destes problemas ao nível de administração, existe referência à falta de padrões de qualidade, os custos dos serviços prestados, a racionalização dos gastos o que, segundo alguns dados referidos traduz-se em 30% de absentismo, falta de motivação dos profissionais e insatisfação dos doentes.

De uma forma geral constata-se que a origem destes problemas deve-se à inexistência de incentivos económicos aos profissionais baseados no desempenho, na prestação de cuidados, responsabilidade e outros, pois o nível de salário está estabelecido na lei e o sistema

de evolução na carreira é padronizado e apenas diferenciado por anos de carreira e grau profissional.

Face a esta situação a direção do Hospital iniciou em 1994 um processo de mudança institucional caracterizado pela introdução de uma gestão inovadora.

Numa fase inicial reestruturaram-se as unidades e serviços clínicos do Hospital em função das necessidades dos clientes com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços e de potenciar uma gestão autónoma e responsabilizada de cada unidade, passando a funcionarem como CR's. Nesta etapa foi importante a participação da direção no sentido de impulsionar a mudança ao resto da organização.

De forma a promover uma gestão descentralizada no processo de reestruturação, criaram-se alguns órgãos que contribuíssem na gestão de outros serviços de apoio, tais como, a criação de um departamento de enfermagem chefiado pelo enfermeiro coordenador e constituído pelos enfermeiros chefes da formação e epidemiologia e os enfermeiros supervisores de cada CR. Este departamento foi importante na gestão dos RH e outros.

Numa fase posterior criou-se um plano estratégico que serviu como guia na definição de objetivos essenciais na melhoria da gestão hospitalar. Contudo, como a fase reorganizacional foi conturbada, antes de se avançar na elaboração do plano estratégico, verificou-se que era essencial aplicar um estudo de clima organizacional.

Este estudo permitiu conhecer a dinâmica da instituição, adquirir dados importantes na prossecução e concretização da mudança, de forma a conseguir a participação dos profissionais e minimizar os efeitos nocivos. O estudo realizou-se em 1994 e em 6 meses estabeleceu-se uma direção conduzida por uma gestão inovadora o que como tal, dividiu a instituição por uns elementos serem a favor e outros contra a mudança provocando medidas facilitadores ou de resistência à mudança.

Como a primeira mudança a ser efetuada centrava-se na estabilidade financeira e na definição de medidas e resultados, a gestão do hospital encontrava-se centralizada, não existindo uma comunicação e decisão partilhada com os chefes de serviço.

O estudo consistiu na aplicação de um questionário anónimo a todos os elementos do hospital. A divulgação dos resultados possibilitou o envolvimento de todos os profissionais pelo reconhecimento das dificuldades sentidas e das expectativas criadas e acima de tudo deu a conhecer à direção do hospital a forma de potenciar uma gestão integrada por parte dos profissionais.

O estudo destacou uma perceção negativa do clima organizacional por parte dos profissionais, no que se refere "(...) *à comunicação interna, à imagem geral da direção e do trabalho em equipa e a falta de uma visão clara da missão institucional*"⁹ (65 p. 346).

Com os resultados deste estudo a direção delineou as linhas estratégicas orientadoras para a mudança como por exemplo a promoção de uma gestão participativa através da criação de uma unidade de RH responsável pelo aconselhamento das chefias.

⁹ "...comunicación interna, la imagen general de la dirección y el trabajo en equipo, y la falta de una clara visión de la misión institucional". (65 p. 346).

Após o estudo de clima organizacional ocorreram uma série de reuniões em que os profissionais idealizaram o hospital do futuro e em que acordaram a missão do hospital e quais os objetivos da mudança, o que deu propósito a uma jornada que contou com a presença do MS e outros líderes do setor da saúde e meios de comunicação.

Consequentemente constituiu-se um Conselho de Desenvolvimento na direção do Hospital para levar a cabo as mudanças necessárias de acordo com os princípios de uma gestão participativa, clara e responsável. Este Conselho contou com elementos internos e externos ao hospital.

O processo de mudança foi iniciado pela criação de um plano estratégico institucional responsável por atuar em determinadas áreas prioritárias como recursos humanos, sistemas de informação e controlo de gestão, serviços a usuários, área de formação e investigação e recursos económicos. Cada área avaliou as necessidades existentes, estabeleceram o objetivo estratégico e as várias metas para o alcançar.

Em relação à mudança estrutural do hospital, esta caracterizou-se pela reestruturação dos serviços clínicos do hospital, criação dos CR's e criação do Departamento de Enfermagem que está sob a jurisdição da subdireção médica. Esta subdireção médica assemelha-se a uma direção médica da qual dependem os CR's.

Após esta mudança a equipa qualificou o seu tipo de gestão como “(...) *participativo, ético, descentralizado, competitivo, multisectorial e comprometido com os princípios de qualidade e o de equidade com eficiência*” (65 p. 349)¹⁰.

Ao nível dos resultados avaliados após a mudança, constatou-se uma melhoria significativa dos RH que se revelou por:

- Aumento da produção medida nas despesas hospitalares;
- Melhoria na capacidade de administrar projetos específicos;
- Gestão mais eficiente, sem o aumento dos gastos e com um melhor fornecimento através do trabalho entre a farmácia e o serviço de aprovisionamento.
- Estabelecimento dos custos de todos os serviços e promoção de uma gestão descentralizada dos recursos o que favoreceu o estabelecimento dos CR previstos no plano estratégico.

O **ESTUDO 2** de Calderaro e Franquis (66) descreve uma experiência que se iniciou em 2001 no Hospital Militar Comandante Manuel Fajardo Rivero em Cuba que consistia na criação e implementação de um sistema de centros de custos hospitalares por áreas de responsabilidade, que permita alcançar a bases de uma gestão para depois alargar essa experiência a outras instituições das Forças Armadas revolucionárias.

Partiu-se de outras experiências internacionais e do Ministério de Saúde Pública para a criação e implementação de centros de responsabilidade nessa instituição.

Para se entender os gastos ao nível do pessoal, dividiu-se todo o hospital por centros de responsabilidade por áreas homogêneas, o que possibilitou o conhecimento do resultado dos custos de toda a organização através dos serviços prestados o que levou a uma maior

¹⁰ “...*participativo, ético, descentralizado, competitivo, multisectorial y comprometido con los principios de calidad y de equidad con eficiencia.*” (65 p. 349).

eficiência do hospital através da relação qualidade/custo. Um sistema de custos resulta na triangulação de três fatores como materiais diretos, mão-de-obra direta e custos indiretos da atividade.

Neste tipo de gestão teve-se em conta os gastos de cada nível de atividade dentro de determinado CR. Posteriormente, através de uma análise estatística definiu-se os volumes de atividade dos serviços prestados entre outros fatores.

Cada CR representa um sistema de custos, como tal, encontra-se contabilizada a gestão dos serviços efetuados, tendo também em conta o sistema de qualidade no resultado final da relação custo-eficiência.

Este sistema de custos passou por várias fases. A primeira consistiu na definição dos custos por áreas que teve início no departamento económico e foi ascendendo a nível hierárquico discutindo-se em cada nível as questões mais significativas, assim como o motivo dos desvios. Este método de trabalho sobre a análise dos custos contou com o apoio de toda a equipa disciplinar na medida em que se verificou a agilização do processo e o seu impacto na qualidade dos serviços e na satisfação dos doentes.

A segunda etapa consistiu no desenvolvimento do orçamento de custos com a necessidade de prever as atividades e os gastos inerentes por cada CR de forma a considerar os desempenhos seguintes.

Na terceira fase pretendeu-se saber exaustivamente o custo de cada atividade por componentes de gastos e de produção o que constituirá aos órgãos de direção um instrumento indispensável na administração e controlo dos recursos. Por fim, criaram-se protocolos de diagnóstico-terapêutico de forma a definir todas as atividades necessárias para a consecução de determinado resultado.

Todo este inovador sistema de gestão contribuiu para o aumento da qualidade dos serviços prestados, no nível de satisfação dos doentes como também, representou uma poupança significativa nos primeiros cinco anos de aplicação.

O **ESTUDO 3 de** CHU et al (67) é realizado num hospital público em Taiwan do tipo hospital universitário, constituído por 4.693 profissionais, incluindo 873 médicos a tempo inteiro, 450 médicos a tempo parcial, 1.308 enfermeiros, 96 farmacêuticos e 1.966 outros funcionários.

Numa primeira parte descreve como se procedeu a implementação dos CR's mas posteriormente difere dos dois primeiros artigos analisados porque após a implementação dos CR's analisa uma determinada orientação estratégica que os caracteriza, nomeadamente o sistema de incentivos.

O hospital em causa havia passado por diversas perdas que encarou com normalidade por estarem associadas à alta qualidade de ensino e pesquisa. Como tal, recebeu apoios por parte do governo para compensar essas perdas mas também em tempos futuros esses apoios foram diminuindo, devido ao aumento da concorrência nos serviços de saúde e pela introdução dos seguros de saúde. Assim, o hospital preferiu reorganizar a integração e participação dos médicos no hospital com o objetivo de aumentar a eficiência.

Em dezembro de 1993 o hospital organizou uma equipa de trabalho para estruturar o hospital em CR's. A equipa de trabalho foi liderada por um diretor médico e constituída por administradores de várias áreas.

Em agosto de 1995, este diretor clínico realizou quatro seminários em todo o hospital para apresentar formalmente o sistema de centros de responsabilidade e recolher a opinião de mais de 400 participantes.

Simultaneamente foram revelados os relatórios financeiros de cada CR, o que provocou alguma revolta e hesitações por parte de muitos médicos que encontraram algumas falhas nesses dados, o que levou a uma revisão da informação financeira dos CR's de forma a garantir a integridade do sistema.

O objetivo deste estudo é analisar se um programa de incentivos médicos, de acordo com o sistema de centros de responsabilidade, melhorou a eficiência departamental num grande hospital de ensino em Taiwan. Este programa foi criado para incentivar os médicos a aumentar as receitas a par de um maior controlo dos custos associados a cada departamento, através do trabalho em equipa.

Para alcançar este objetivo foram mensalmente investigados dados financeiros e de outro tipo dos 58 departamentos existentes no hospital relativamente a dois períodos nomeadamente, nos 5 meses anteriores à introdução do programa (Novembro 1995 – Março 1996) e nos 5 meses posteriores à execução do programa (Novembro 1996 – Março 1997).

Os dados recolhidos, foram avaliados segundo variação da eficiência operacional de cada departamento e quais os aspetos que interferem nessa eficiência, entre os períodos de pré e pós programa de incentivos.

Antes do programa de incentivos a remuneração dos médicos era baseada na antiguidade e categoria profissional e não de acordo com o seu desempenho. Após o programa, a remuneração dos médicos é referente ao salário base acrescido de incentivos. O montante máximo de incentivos disponíveis para os médicos é igual a 10% das receitas totais do hospital e para cada médico, o incentivo é baseado na sua contribuição, 70% relativamente à contribuição individual e 30% de contribuição para o departamento.

Segundo os autores após a implementação do programa constatou-se uma melhoria da eficiência que está relacionada com alguns fatores como número de médicos, antiguidade, tempo de serviço no departamento, assim como, os departamentos mais rentáveis e com menor número de funcionários.

Os resultados indicam que, apesar de a antiguidade aumentar o salário do médico existe uma associação positiva entre a antiguidade do médico e uma utilização mais eficiente dos recursos clínicos, e também pelo facto de atraírem mais doentes.

Por outro lado, o tempo médio dos médicos no serviço mostra uma relação positiva em todo o estudo. Segundo os autores deve-se ao facto que os CR's com médicos que dedicam mais tempo profissional são os mais eficientes, o que fez com que vários diretores dos CR's tentassem ter mais médicos a tempo inteiro,

Também foi constatado que não existem evidências entre a eficiência nos lucros e o tamanho do departamento. Além disso, também o número de trabalhadores tem um efeito negativo na eficiência, ou seja, quanto menor o departamento, melhor a sua eficiência.

À semelhança de outros países, mesmo depois de controlar outros fatores que poderiam afetar a eficiência do departamento, os resultados do programa indicam que o hospital aumentou consideravelmente a sua eficiência, após a aplicação do sistema de incentivos médicos individual e em equipa nos CR's.

Algumas limitações apontadas ao estudo revelam que os serviços diferem na tecnologia e complexidade, o que como tal, logicamente existem serviços mais rentáveis que outros. Também segundo os autores 5 meses antes e após a implementação do programa não é o suficiente para analisar corretamente o estudo.

Por outro lado, o estudo não indica se o aumento da eficiência está apenas relacionado com o programa de incentivos ou se a melhoria médica ocorrida no período de amostragem, teve algum efeito nos resultados

Outras limitações identificadas são que o estudo não avalia o nível da qualidade, considera apenas os dados financeiros, sem ter em conta outros fatores como os médicos, preocupação com a qualidade, o estilo de gestão, o tipo de departamento, etc.

O **ESTUDO 4** de Chavarría (68) é uma tese de mestrado com uma metodologia de um estudo de caso baseado numa análise institucional que estuda a introdução de um novo modelo de gestão num hospital Chileno decorrente de uma reforma de Saúde ocorrida no Chile. Esta reforma de saúde tinha como pressupostos garantir cuidados de saúde universais, melhorar os cuidados de saúde da população, melhorar a equidade no acesso e aumentar a eficiência dos serviços.

Consequente à reforma foi aprovada em 2004 a "*Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión*" que essencialmente transforma os hospitais públicos tradicionais em hospitais com gestão autónoma em rede. Estes hospitais são os que se caracterizam por uma maior diferenciação ao nível de RH, maior especificidade tecnológica e capacidade de resolução. Foram desenvolvidos com o objetivo de potenciar a sua autonomia e descentralização de forma a melhorar a sua eficácia, eficiência e qualidade na gestão dos seus recursos. Relativamente à reorganização destes hospitais destaca-se a autonomia.

Distinguem-se essencialmente dos hospitais tradicionais pela autonomia e descentralização de gestão, a introdução de ferramentas de gestão que permitam um maior controlo e coordenação e pela reestruturação dos serviços clínicos que passam a constituir-se como CR's. A autora também caracteriza os CR's como "(...) *unidades de gestión, dirigidas por um responsável a quem se delega um determinado nível de decisão para o alcance dos objetivos da unidade.*"¹¹ (68 p. 15). E por "(...) *estructuras descentralizadas que toman decisiones e funcionan como un "mini-hospital" dentro do grande,...*"¹² (68 p. 35).

¹¹ "...unidades de gestión, dirigida por un responsable en quien se ha delegado un determinado nivel de decisión para el logro de los objetivos de la unidad." (68 p. 15).

¹² "...jefaturas descentralizadas que toman decisiones y operan como un "minihospital" dentro del grande,..." (68 p. 35).

Em relação à política de incentivos é referido que em ambos os hospitais (tradicionais e com gestão autónoma) não está acrescida à remuneração um sistema de incentivos de qualquer tipo e a nenhum profissional.

Dentro deste contexto da reforma dos hospitais foi necessário redefinir o tipo de gestão existente no sentido de melhorar o desempenho e efetividade da gestão nas instituições públicas, aplicando ferramentas de gestão que otimizem os recursos.

O objetivo geral deste estudo é analisar a gestão do hospital Santiago Oriente, Doctor Luis Tisné Brousse, que permita identificar os pontos fortes e fracos do novo modelo de gestão para os atuais desafios da política de saúde do Chile.

Como objetivos específicos foram assinalados:

- Conhecer os aspetos gerais da nova política de saúde no Chile;
- Identificar as principais características do novo modelo de gestão;
- Avaliar os principais pontos fortes e fracos do novo modelo, em relação ao estado dos hospitais tradicionais e em função dos novos desafios do setor da saúde.

Para alcançar estes objetivos, em 2008 foram realizadas 24 entrevistas pessoais, baseadas num questionário de diagnóstico institucional desenvolvido por um investigador para as instituições e outros programas públicos em que avaliava temas como: *“aspetos estratégicos e interinstitucionais; organização, coordenação e liderança; processos estruturais e de atenção ao usuário; processos administrativos e de suportes; recursos humanos e cultura organizacional; sistema e controlo de gestão, entre outros.”*¹³ (68 p. 68).

Este instrumento de avaliação foi aplicado a três grupos alvo nomeadamente:

- 1) Político-estratégico (elementos da direção);
- 2) Técnico (médicos, enfermeiros, responsáveis de unidades e administradores);
- 3) Beneficiários (clientes).

Os resultados destas entrevistas foram agrupados pela autora em aspetos positivos e problemas e sistematizam-se em seguida.

Em relação aos aspetos positivos verifica-se:

- Perceção positiva sobre a generalidade do Hospital;
- Bom conhecimento dos serviços e do que o hospital oferece;
- Reconhecem que a nível tecnológico o hospital está muito bem equipado;
- Nível de satisfação elevado e resolução rápida das reclamações existentes que são baixas.
- Descrevem que o hospital possui RH eficientes e qualificados;
- Referem a existência de um bom clima organizacional;
- Responsabilização e clara atribuição de funções;

¹³ “...aspectos estratégicos e interinstitucionales; organización, coordinación y liderazgo; procesos sustantivos y de atención al usuario; procesos administrativos y de soportes; recursos humanos y cultura organizacional, sistema y control de gestión, entre otros.” (68 p. 68).

Relativamente aos principais problemas foram identificados:

- Falta de comunicação e coordenação entre as unidades;
- Burocracia interna elevada;
- Clima organizacional alterado ao nível da cultura burocrática e que não avalia bem as necessidades dos funcionários. Como a política dos hospitais com gestão autónoma têm em conta o melhoramento do ambiente laboral, estava em curso a implementação de ferramentas de gestão para melhorarem as condições de trabalho;
- Sistemas informáticos desatualizados;
- Falta de motivação do pessoal. A direção do hospital não estimula os profissionais a trabalharem melhor e a integrarem a missão do hospital, o que está relacionado pela inexistência de incentivos e recompensas. Em relação aos incentivos monetários estes não estão contemplados na legislação.

Os profissionais revelam que com a anterior administração existia motivação porque também existia uma melhor comunicação, incentivos verbais.

- Não se estimula a inovação e a criatividade;
- Indicadores de desempenho mal definidos: não são classificados de acordo com critérios de eficiência, eficácia, qualidade e rentabilização dos recursos;
- Desigualdades no acesso a workshops e formações.

O **ESTUDO 5** de Bastías e Peralta (54) é um estudo semelhante ao anterior na medida em que investiga um modelo de gestão desenhado para um estabelecimento hospitalar, resultante também da aplicação da nova “*Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión*”. Porém este estudo centra-se na reorganização dos serviços em CR’s.

O objetivo desta investigação é realizar uma análise da situação atual, dos planos estratégicos do Estabelecimento, os requerimentos da rede Assistencial e requisitos da Reforma de Saúde, propor um modelo de gestão Clínica-Administrativa ao Hospital de Lota (Chile), baseado na estratégia dos Centros de Responsabilidade.

Numa primeira fase através de uma análise da situação atual, foram identificados os principais problemas do Hospital nomeadamente um défice na definição de funções, de mecanismos de controlo e gestão de qualidade, na cultura e clima organizacional (pouca organização interna, baixa motivação e integração do pessoal com os objetivos da instituição); inexistência de mecanismos de informação e coordenação e um prejuízo de 70 milhões de dólares no ano de 2007.

Posteriormente analisou-se o que o MS propõe sobre a estratégia dos CR’s e estabeleceram-se as orientações para o desenvolvimento deste projeto.

Para o planeamento do modelo de reestruturação do Hospital de Lota foram importantes os documentos de trabalho elaborados pela Subsecretaria de Redes de Saúde. Assim, contextualizou-se um CR como “(...) *uma unidade organizacional de gestão dentro de uma unidade maior que realiza e presta um ou vários serviços, que podem ser finais (de natureza e propósito do Estabelecimento) ou de apoio, dirigido por um responsável, a quem se*

*delegou um determinado nível de decisão sobre o uso dos recursos financeiros, humanos, organizacionais, físicos e tecnológicos, para alcançar os objetivos do Centro e da Instituição.*¹⁴ (54 p. 10).

A partir desta descrição e da gestão dos processos envolvidos em cada nível funcional, estratégico e de “negócio” da organização, foi definida a estratégia para apresentar um modelo de Gestão Clínico-Administrativa que reorganizou as unidades pela sua missão e criaram os Centros de Responsabilidade Finais, Intermédios ou de Apoio. Assim, cabe a determinado CR, definir os seus projetos de melhoria contínua a realizar anualmente juntamente com a direção do hospital, orientar a sua atividade para os clientes de forma a satisfazer as suas necessidades.

Em discussão com os diferentes chefes de unidade, Enfermeira Supervisora e Subdireção foram identificadas algumas limitações à proposta deste modelo de gestão, tais como:

- A atribuição de novos cargos na instituição é muito limitada, assim uma alternativa proposta pelo modelo é a de agregação de cargos restringindo-se novas contratualizações.
- A instituição não comporta elevados gastos na aplicação de um novo modelo de gestão;
- O modelo de gestão deve ser implementado de acordo com a estratégia de CR dirigida pelo MS;
- Tendo em conta a descrição dos profissionais, a implementação do modelo não deve ser realizada abruptamente, pois engrandeceria o fenómeno de resistência à mudança;
- Na lei está contemplada a possibilidade de surgir um cargo de Subdiretor Médico, como já existe em hospitais de grandes dimensões. Esta opção foi recusada pela direção do Hospital de Lota, dadas as características desta instituição.

De acordo com os níveis estratégicos, funcional e de negócios que envolvem todos os processos inerentes ao funcionamento do hospital foram identificadas 25 unidades.

A partir daí, ao nível de organização interna, reagruparam-se as unidades com finalidades em comum e definiram-se 9 Centros de Responsabilidade onde em cada existem várias entidades que orientam a atividade do CR no sentido da satisfação do cliente, gestão da qualidade e gestão controlada.

As entidades mais importantes ao nível da organização interna dos CR's são:

- Encarregado do CR: É um cargo novo na organização e representam a Gestão Clínica-Administrativa, da qual depende o sucesso do CR. Têm como funções:
 - Responsabilizarem-se pelas aquisições e contratualizações de serviços com os outros órgãos do hospital;
 - Utilização eficaz e eficiente dos recursos do centro;

¹⁴ “...una unidad organizacional de gestión dentro de una unidad mayor que realiza y presta uno o varios servicios, los que pueden ser finales (de la naturaleza y propósito del Establecimiento) o de apoyo, dirigido por un responsable, en quien se ha delegado un determinado nivel de decisión sobre el uso de los recursos financieros, humanos, organizacionales, físicos y tecnológicos, para el logro de los objetivos del Centro y del Establecimiento.” (54 p. 10).

- Orientar e comunicar com os chefes de unidade, o trabalho a desempenhar em cada unidade.

- Coordenador de Enfermagem que tem como funções:

- Assegurar a qualidade dos cuidados de saúde, entre os profissionais não médicos;

- Ser o elemento de ligação entre a área médica e administrativa;

- Relacionar-se ativamente com o Auditor Médico.

- Direção: Deve assumir um desempenho mais participativo na organização. Tem como funções:

- Criar e aplicar políticas de RH e de gestão entre os órgãos centrais e potenciar as mudanças propostas pelo MS;

- Coordenar-se com a subdireção, Comitês e Conselhos, Unidade de Auditoria e Gestão e o Coordenador de Enfermagem.

- Unidade de Auditoria e Gestão: É responsável pelo desenvolvimento organizacional do hospital no controlo da gestão e na gestão da qualidade. Reporta-se diretamente à direção da instituição e tem como elementos: auditor administrativo, auditor médico, encarregado dos serviços de informática; encarregado pela formação. Em cada CR deve existir uma Unidade de Auditoria e Gestão que presta apoio ao encarregado do CR na coordenação do CR.
- Mecanismos de Coordenação: Não é expectável avaliar-se a forma de trabalho na área médica pois cada profissional tem conhecimentos e capacidades ao que se subentende que é responsável pelos seus atos. Como tal, o agrupamento das unidades em CR pressupõe a coordenação dos supervisores diretos (Chefes e Encarregados do CR) e adaptação entre colegas. Além disto também tem que se ter o conta o papel de mediador dos Comitês (Unidades, CR's clínicos e administrativos) e Conselhos (Direção, CR técnica, comunidade).

Em relação ao orçamento de cada CR este é definido pelo seu encarregado que também é responsável pelo cumprimento do mesmo. É registado através de uma convenção de desempenho, os objetivos da instituição. A Unidade de Auditoria e Gestão tem o papel de se envolver e controlar este acordo.

Em caso de incumprimento do orçamento está planeada a destituição do Diretor e o não pagamento dos incentivos aos Encarregados dos Centros de Responsabilidade.

Neste estudo também se faz referência ao processo de resistência à mudança que ocorreu no Hospital de Lota após a introdução deste novo modelo de gestão e através de uma matriz de resistência à mudança constatou-se que esta resistência foi manifestada por:

- Falta de informação dos profissionais de níveis hierárquicos mais baixos, quando a maior parte deles nem tinha ouvido falar em CR. Esta falta de informação está relacionada com o estilo de direção presente.

- Os aspetos que se destacaram na falta de capacidade em mudar são: cultura organizacional, percepção de escassez de RH, sensação que a mudança não poderá ocorrer. Segundo os autores para ultrapassar esta fase é imprescindível a formação e a experiência dos Chefes e Encarregados dos CR, pois são eles que interagem com mais elementos da organização.
- Se os profissionais dos níveis mais baixos e intermédios possuírem conhecimentos e formação respetivamente, terão uma maior vontade em mudar. Quando tal não acontece, foi observado principalmente na equipe médica, que apenas recusam-se em mudar e acomodam-se, porque até ao momento não eram responsabilizados pela gestão de recursos. Face a este problema a direção deve ter um papel ativo na mudança, nomeadamente nos profissionais que resistem à mudança.

Na análise que os autores realizaram sobre os achados desta investigação verificaram que anteriormente os hospitais representavam estruturas extremamente verticalizadas e sem autonomia de gestão. A autogestão hospitalar impulsionou várias mudanças entre as quais a atribuição de responsabilidades aos Diretores.

Para o cumprimento deste modelo é fundamental a participação de alguns elementos como as Unidades de Auditoria e Gestão, o Coordenador de Enfermagem, os Encarregados dos CR.

Segundo os autores a aplicação deste modelo foi fácil pois inicialmente teve-se em conta os problemas identificados pela direção. Como tal, apenas foi necessária a aquisição de dois novos profissionais e financeiramente a transição para este modelo implicou gastos de 17 milhões de \$ anuais comparando-se com o anterior prejuízo de 70 milhões de \$.

Assim sendo, o maior investimento para a concretização deste projeto não está na parte económica mas sim em informar e fazer com que os profissionais colaborem na mudança, o que essencialmente depende da direção do hospital.

Os autores concluíram que o papel principal na mudança de gestão é aquele desempenhado pela direção que deve participar ativamente em todos os níveis. Segundo o observado as ferramentas a utilizar para minimizar os efeitos de resistência à mudança são:

- Estabelecer uma comunicação clara e efetiva entre todos os profissionais;
- Incentivar um bom clima organizacional e envolver todos os profissionais nas mudanças e na missão do hospital.

O **ESTUDO 6** de Méndez et al (69) também é um estudo qualitativo de caso único que investiga a reorganização hospitalar com vista a uma maior autonomia e eficiência na gestão mas que tem como foco a percepção dos profissionais.

Em seguimento dos estudos anteriores os autores descrevem que a “Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión” contemplava que em Janeiro de 2009 os 59 hospitais incluídos nesta lei transitassem para o modelo de autogestão. Contudo, em 2008 apenas 11 destes hospitais tinham mudado mas atualmente os 59 hospitais já funcionam dentro deste modelo.

O objetivo deste estudo é estudar as percepções dos profissionais de saúde em relação à fase de implementação da política de Estabelecimentos de Autogestão em Rede num hospital de alta complexidade no sul do Chile.

Para alcançar este objetivo foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas a profissionais de saúde do Hospital S. José da cidade de Osorno durante o período de Agosto de 2010 a Dezembro de 2011, que explorassem as alterações provocadas por este novo modelo de gestão.

A amostra deste estudo é uma amostra escolhida por conveniência, constituída por 19 profissionais que exercessem várias funções no hospital há 2 anos de forma a terem passado pelas mudanças.

Os resultados das entrevistas revelaram que estes profissionais têm uma percepção, um conhecimento bastante desenvolvido sobre o sistema de gestão autónoma nos hospitais. Conseguem relacionar a gestão autónoma desde a autonomia e a descentralização no próprio poder e tomada de decisões até à autonomia na gestão financeira através da implementação dos centros de custo.

Também têm a percepção que os princípios da autogestão hospitalar estão centrados no melhoramento da prestação de serviços, na introdução de mecanismos que permitam uma gestão eficiente para o cumprimento dos objetivos planeados.

Já sobre o processo da implementação deste modelo de gestão no hospital em causa não gerou uma percepção positiva por parte dos profissionais. Aliás foram apontados vários obstáculos à forma como este modelo foi introduzido mas globalmente as dificuldades com maior relevo é a falta de capacidade, formação e competências por parte de alguns responsáveis pelos CR's na gestão dos profissionais para as mudanças.

Os entrevistados revelaram que desde aplicação deste tipo de gestão, foram provocadas várias alterações ao nível da organização e do clima desta que foram essencialmente influenciadas pelas falhas na comunicação entre os órgãos de direção e os outros elementos. Também destacaram outros impasses como a própria implementação dos CR's e dos centros de custo descrevendo que esta alteração apenas ocorreu na designação e que ao nível da estrutura esta manteve-se a mesma, sem ter sofrido qualquer alteração.

Reconhecem que os princípios que constam na "Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión" são benéficos mas que a reestruturação não foi bem planeada, não havendo um bom sistema de informação e de coordenação entre os vários intervenientes, assim como formação sobre as novas competências o que suscitou nos profissionais várias hesitações em relação à mudança.

Na percepção dos entrevistados, existem algumas medidas que podem ser relevantes para contornar as dificuldades sentidas no processo de implementação que estão relacionadas com algumas questões do financiamento, da gestão de recursos e na política e gestão de RH e tudo não passa por um bom processo de planeamento.

Ao nível dos RH constata-se que existe a necessidade de desenvolver a formação, a experiência e as competências na área da gestão para que se relacionem melhor com a parte clínica e administrativa. Para além disto os entrevistados creem que para as equipas de saúde

progredirem é fundamental que os elementos que tenham funções de gestão sejam selecionados de acordo com as competências necessárias para esses cargos e que seja avaliado com rigor o desempenho das equipas.

Na questão dos recursos em geral os entrevistados dizem que se deve incentivar “(...) *um sistema que permita a descentralização dos pressupostos para as instituições.*”¹⁵ (69 p. 252).

Na avaliação dos investigadores este estudo possibilitou conhecer a opinião dos profissionais sobre a gestão autónoma nos hospitais desde a fase de planeamento até à sua implementação, assim como os obstáculos com que se depararam.

Para os profissionais a autogestão dos hospitais está relacionada com a autonomia no poder de decisão, na gestão dos recursos e na gestão financeira mas, segundo os autores, no Chile os hospitais não detêm uma total autonomia financeira.

Constataram que à semelhança de outros estudos realizados na América Latina, predomina um clima de hesitação nos profissionais o que parece ser maioritariamente desencadeado pela falta de coordenação intra e inter-hospitalar e pelas falhas de informação por parte da direção.

Também referem que tal como em outros hospitais, um dos principais problemas durante a implementação foi a mudança constante dos gestores que aparentemente se deve à incapacidade de gerir as normas e de motivar e envolver a equipa.

Tal como os profissionais, os autores também partilham que um dos problemas mais importantes é a inexistência de uma política de RH responsável pela condução das mudanças que constitui a grande lacuna entre o processo de planeamento e de implementação. Sendo que, nem as experiências anteriores foram suficientes pois mesmo após 7 anos da legislação que levou a esta reforma, este continua a ser uma das dificuldades mais destacadas e que tem uma grande influência sobre a perceção dos profissionais, a satisfação dos mesmos e sobre a melhoria dos cuidados de saúde.

Em conclusão, os autores referem que estes resultados apesar de serem referentes a uma pequena amostra, existem ao nível da estrutura várias semelhanças que possam equiparar esta instituição a outras do sistema público e aproveitar os achados para a fase de implementação noutras instituições. Mas que também, seria importante realizar outros estudos que avaliem “(...) *o impacto da implementação da autogestão hospitalar no desempenho das equipas de saúde nos hospitais.*”¹⁶ (69 p. 254).

¹⁵ “...un sistema que permita la descentralización de los presupuestos para las instituciones.” (69 p. 252).

¹⁶ “...impacto de la implementación de la autogestión hospitalaria en el desempeño de los equipos de salud y de los hospitales.” (69 p. 254).

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a análise transversal dos estudos selecionados, sobressaem alguns aspetos que constituem as linhas orientadoras para o sucesso de uma mudança organizacional e que neste caso conduzem a uma implementação efetiva dos CR's.

Para uma melhor organização e compreensão desta temática definimos as seguintes linhas orientadoras:

1. Análise da situação atual e identificação dos problemas;
2. Avaliação da opinião e participação dos profissionais;
3. Realização de um plano estratégico;
4. Criação de uma equipa responsável pela implementação dos CR's;
5. Análise das possíveis limitações na implementação dos CR's;
6. Identificação dos aspetos positivos após a implementação dos CR's;

Relativamente à análise da situação atual e identificação dos problemas constatamos que este processo deve constituir a primeira etapa em qualquer processo de mudança organizacional e como tal, na implementação de um CR.

Na generalidade são vários os problemas que induzem à mudança de um tipo de gestão. Na revisão da literatura os hospitais são classificados como estruturas extremamente burocráticas e que é um dos fatores que mais dificulta a gestão.

Em Portugal esta situação também é real e segundo Ferreira (31) remete para uma gestão ineficiente. Com o objetivo de produzir melhorias e de promover uma gestão eficiente baseada em alguns princípios como a autonomia, o controlo, a responsabilização e a desburocratização (41) conduziu-se à transição dos hospitais em EPE's o que implicou uma mudança no modelo de gestão (14).

QUADRO 3 – Resultados obtidos nos artigos científicos analisados face à análise da situação atual e identificação dos problemas pré-implementação dos CR's

Autor do Estudo (Ano de Publicação):	Resultados Obtidos:
Barrios, Vidal e Leichtle (1997)	Identificação dos problemas: gestão ineficiente; estrutura burocrática; diretores dos CR's sem conhecimentos de gestão; falta de comunicação; absentismo; baixa motivação; insatisfação dos doentes; inexistência de incentivos.
Chavarría (2008)	Realização de um questionário de diagnóstico institucional. Caraterização dos hospitais pré-reforma: falta de autonomia; centralizados; baixa eficiência e qualidade na gestão dos recursos.
Bastías e Peralta (2009)	Análise da situação: desresponsabilização; ausência de mecanismos de controlo; gestão da qualidade ineficiente; défice na cultura e clima organizacional; inexistência de mecanismos de informação e coordenação; prejuízo financeiro.

Nos estudos investigados verificamos que aqueles que se focaram nesta primeira etapa correspondem a instituições Chilenas, que descrevem a gestão na fase pré-reforma do sistema de saúde como ineficiente, reflexo de vários problemas comuns tais como: sistema burocrático, falhas ao nível da comunicação, inexistência de incentivos e baixa motivação (Barrios, Vidal e Leichtle (65) e Chavarría (68)); uma coordenação deficiente (Chavarría (68); Bastías e Peralta (54)) e outros como sistemas informáticos desatualizados (Chavarría (68)), direção sem conhecimentos de gestão (Barrios, Vidal e Leichtle (65)) desresponsabilização e clima organizacional alterado (Bastías e Peralta (54)). O resultado dessa análise foi o que despoletou a necessidade de uma reestruturação visto que nessas organizações praticava-se uma gestão insuficiente.

Reconhecidas as dificuldades existentes iniciou-se a reforma hospitalar, através da introdução de uma gestão inovadora que reestruturava os serviços em CR's. O primeiro aspeto a destacar é que no estudo de Barrios, Vidal e Leichtle (65) trata-se de uma reforma que decorreu desde 1994 até à data da publicação do estudo - 1997, ou seja, por essa altura no Chile já se reestruturavam serviços em CR's, quando em Portugal se davam os primeiros passos na legislação sobre o assunto, visto que em 1998 o MS criou a Equipa de Projeto que foi fundamental no impulsionamento dos CR's e nomeadamente na execução do DL 374/99 que regula os CR's (18) (1).

No estudo de Chavarría (68) e de Bastías e Peralta (54) a reestruturação dos serviços em CR's desenvolveu-se da mesma forma, devido à aplicação da "*Ley de Autoridade Sanitaria y Gestión*" aprovada após a reforma da Saúde do Chile em 2004. Esta reforma de Saúde pelas suas particularidades também parece ter sido desencadeada pelo movimento da NGP, à luz do que ocorreu em muitos países, assim como em Portugal.

A “*Ley de Autoridade Sanitaria y Gestión*” transforma os hospitais públicos tradicionais em hospitais com gestão autónoma o que pela sua descrição retrata uma mudança de gestão que coincidiu em Portugal pela mesma altura e que resultou na transição de vários hospitais em EPE’s. No Chile os hospitais autogestionados assumem logo na sua estrutura organizativa a criação de CR’s. Em Portugal os CR’s foram igualmente criados com o objetivo de dentro das EPE’s integrarem o conceito deste tipo de gestão através de sistemas mais flexíveis, menos burocráticos e com melhorias ao nível da comunicação. Porém, não passou de mais uma intenção visto que efetivamente tal apenas aconteceu em dois serviços nos HUC.

Sobre a avaliação da opinião dos profissionais quanto à mudança organizacional, verifica-se que à exceção de um estudo, todos de forma direta ou indireta procuraram conhecer a opinião dos profissionais. Através deste conhecimento é possível planejar a melhor forma de implementar-se uma mudança, sendo que uma das estratégias mais destacada e corrente foi a de motivar e envolver todos os profissionais a participar na mudança.

QUADRO 4 – Resultados obtidos nos artigos científicos analisados face à avaliação da opinião e participação dos profissionais

Autor do Estudo (Ano de Publicação):	Resultados Obtidos:
Barrios, Vidal e Leichtle (1997)	Estudo de clima organizacional.
Chu et al (2003)	Recolha da opinião de 400 profissionais.
Chavarría (2008)	Questionário aplicado a 3 grupos alvo (direção, técnicos e clientes).
Bastías e Peralta (2009)	Discussão com os profissionais de gestão.
Méndez et al (2012)	Entrevistas a vários profissionais.

Do ponto de vista do processo da mudança organizacional, verificamos que o conhecimento inicial e o interesse pela opinião dos profissionais é um aspeto muito importante e positivo pois permite a comunicação entre os vários órgãos e o envolvimento dos profissionais na mudança segundo a missão e os objetivos da organização o que de acordo com a APQC (56) constituem alguns dos princípios essenciais para o sucesso de uma mudança organizacional. Esta opinião é partilhada pelos autores Curtis e White (55) que consideram o envolvimento de todos os elementos uma estratégia relevante. Além disso, se os trabalhadores tiverem conhecimento sobre a mudança os efeitos adversos serão minimizados (60).

O estudo de Chavarría (68) veio a confirmar a importância que tem para os profissionais a preocupação de conhecer a opinião dos vários elementos que interagem com o hospital desde a direção, profissionais de saúde até aos beneficiários, na medida em que revelou uma perceção positiva sobre o hospital a nível organizacional, tecnológico, de RH e de satisfação.

Na investigação de Barrios, Vidal e Leichtle (65) a direção verificou que a perceção que os profissionais tinham sobre a missão da instituição era negativa no que diz respeito à comunicação, direção e trabalho em equipa. Desta forma adquiriram-se dados importantes para a mudança e adoptaram-se medidas necessárias para envolver os profissionais e diminuir os efeitos da resistência. Segundo Jonhston (60) quando os profissionais estão informados sobre a mudança, as consequências da resistência podem ser minimizadas. Para o mesmo autor (60) todos os grupos profissionais devem participar na mudança de forma a deixarem o seu contributo para a eficácia da mudança.

No estudo de Chu et al (67) a equipa de trabalho responsável pela organização dos CR's era apenas constituída por médicos e administradores, sendo destacado no médico o papel de líder, o que provavelmente contribuiu para a ocorrência de algumas falhas futuramente detetadas. Esta liderança também é bastante comum em Portugal, o que para Antunes (20) pode levar a uma gestão ineficiente visto que o cargo de direção dos CR's é ocupado por médicos que nem sempre possuem conhecimentos e competências na área de gestão e capacidade de liderança.

Já no estudo de Bastías e Peralta (54) foram qualificadas as entidades importantes e os elementos responsáveis pela gestão e o funcionamento dos CR's e organizaram-se reuniões com os chefes de unidades, Enfermeiro Supervisor e subdireção para identificar as limitações à proposta deste modelo de gestão de forma a delinear estratégias que evitem maiores gastos e que diminuam a resistência à mudança por parte dos profissionais. A função destes órgãos superiores consistia na criação de mecanismos para os outros profissionais aceitarem as mudanças introduzidas e evitar custos maiores. Neste caso verificou-se nos elementos de níveis hierárquicos mais baixos, resistência à mudança.

Estes profissionais sentiram que a cultura organizacional estava alterada e, mesmo com as reuniões dos órgãos superiores notou-se que a falta de informação por parte dos elementos da direção, a falta de RH e até a ausência de conhecimentos, responsabilidade e o empenhamento dos próprios chefes e encarregados dos CR's foram os fatores responsáveis pela má gestão da mudança, quando são eles os elementos intermédios entre a direção e os profissionais do local da ação, logo, os responsáveis por melhorar a rede de comunicação entre os intervenientes e incentivar todos os profissionais a participar na mudança e na missão do hospital.

Relativamente à outra linha de orientação sobre a realização de um plano estratégico, verifica-se que dentro do contexto da mudança organizacional, um processo que adote esta estratégia representa uma mudança do tipo planeada. Segundo Pina e Cunha e Rego (57) esta

mudança obedece a um certo protocolo que é o que se pretende para a criação de um CR para que se produzam melhorias no sistema.

Como referido, na implementação de um CR é essencial um bom planeamento do projeto e consequentemente na organização dos serviços é necessário uma reestruturação eficaz. Cada hospital deverá decidir quais os critérios a aplicar para a reestruturação do(s) serviços(s) em CR's (25).

QUADRO 5 – Resultados obtidos nos artigos científicos analisados face à realização de um plano estratégico

Autor do Estudo (Ano de Publicação):	Resultados Obtidos:
Barrios, Vidal e Leichtle (1997)	Criação de um plano estratégico institucional responsável por atuar em determinadas áreas prioritárias.
Calderaro e Franquis (2002)	Criação de protocolos de diagnóstico-terapêutico de forma a definir todas as atividades necessárias para a consecução de determinado resultado.
Bastías e Peralta (2009)	Foi definida a estratégia para apresentar um modelo de Gestão Clínico-Administrativa

Na revisão da literatura é consensual para vários autores que a mudança ao nível das organizações necessita de ser bem planeada e articulada pelos profissionais e, de facto, essa preocupação existiu nos estudos de Barrios, Vidal e Leichtle (65); Calderaro e Franquis (66) e de Bastías e Peralta (54) o que se traduziu nos resultados obtidos, nomeadamente uma melhoria dos RH, da produção, da gestão eficiente e do estilo de direção. Estes efeitos são fundamentados por Monteiro (30) quando refere que na presença de um projeto organizado e uma gestão eficiente, o hospital está melhor preparado para ultrapassar os impasses que possam surgir.

O estudo de Barrios, Vidal e Leichtle (65) apesar de ser o mais antigo (1997), dentro da perspetiva da mudança organizacional foi um processo bastante ordenado porque cumpriu etapas essenciais na introdução de uma mudança dentro de uma organização e assim, conduziu a uma mudança efetiva. Neste estudo apesar da primeira fase da implementação dos CR's ter sido algo abrupta é caso para se descrever que a instituição aprendeu com os erros pois definiram alternativas para se contornar a situação e desta forma, na segunda fase a mudança foi organizada, obedecendo a um certo método.

No caso do estudo de Calderaro e Franquis (66) o planeamento estratégico na reestruturação dos CR's teve em conta o princípio da homogeneidade o que possibilitou um pleno conhecimento sobre os custos associados a cada um, de forma a melhorar a eficiência e

a qualidade dos serviços. Este tipo de modelo de reestruturação também é descrito em Portugal em algumas organizações, caracterizando-se pela agregação de serviços com áreas comuns de atividade (50) como é descrito no próprio Decreto-Lei que caracteriza os CR's como estruturas organizativas que agrupam serviços e/ou unidades funcionais homogêneas (1). Enquanto no estudo de Bastías e Peralta (54), o hospital inicialmente estudou as diretrizes da “*Ley de Autoridad Sanitaria e Gestión*” em relação à implementação dos CR's e perante a estrutura e organização do hospital e segundo critérios como tipo de serviços, clientes e cuidados em comum é que definiram quais os CR's a serem criados o que também em Portugal é definido pelo DL 374/99 (1) e defendido por Moutinho (25).

Porém, na ausência deste tipo de planeamento, o funcionamento e a eficiência do CR poderá estar em causa. No estudo de Chu et al (67), na mesma instituição existiam 58 CR's e mesmo sem se conhecer os critérios de reestruturação deste hospital, numa primeira análise parece ser um número bastante elevado de CR's o que sugere que não terá ocorrido uma reestruturação dos serviços em CR's mas sim apenas na transformação direta de cada serviço em CR. Em relação a esta situação, Antunes (20) que apoia a criação dos CR's avisa que este modelo só deve ser implementado em serviços que possam garantir o sucesso deste modelo de gestão.

Relativamente à criação de uma equipa responsável pela implementação dos CR's verificamos que esta não é uma opção muito praticada mas que faz toda a diferença, aliás nos estudos em que as instituições formaram esta equipa (Barrios, Vidal e Leichtle (65) e Chu et al (67)), todo um grupo de profissionais estava centrado neste projeto e, como tal, planeou de forma organizada a reestruturação dos serviços em CR's o que conduziu a uma mudança efetiva nomeadamente a implementação dos CR's.

Segundo Curtis e White (55) esta equipa reflete o agente da mudança que representa uma das estratégias mais frequentes para se implementar a mudança.

QUADRO 6 – Resultados obtidos nos artigos científicos analisados face à criação de uma equipa responsável pela implementação dos CR's

Autor do Estudo (Ano de Publicação):	Resultados Obtidos:
Barrios, Vidal e Leichtle (1997)	Criação de departamentos de Enfermagem; Criação de uma unidade de RH responsável pelo aconselhamento das chefias.
Chu et al (2003)	Criação de uma equipa de trabalho para estruturar o hospital em CR's.

A criação de uma unidade de RH desempenha um papel importantíssimo como a promotora de uma gestão descentralizada e pela orientação das chefias no processo de reestruturação. No estudo de Barrios, Vidal e Leichtle (65) a implementação dos CR's não foi efetiva e esta equipa foi indispensável para o sucesso da mudança.

Outro aspeto a referir é que esta equipa deve ter um cariz multidisciplinar. No mesmo estudo apesar de não existir nenhum enfermeiro na equipa de criação dos CR's, constituiu-se paralelamente o departamento de enfermagem que foi fundamental na gestão dos RH e outros. Para Johnston (60) é fundamental que os enfermeiros ganhem mais notoriedade nestas políticas de reforma e que até se assumam como os líderes da mudança.

No estudo de Chu et al (67) a equipa de trabalho responsável por estruturar o hospital em CR's era liderada por um diretor médico e constituída por administradores de várias áreas.

De acordo com a APQC (56) o líder de qualquer mudança tem de ser um comunicador nato com um papel ativo na mudança e capaz de cativar e envolver toda a sua equipa a participar na mudança. Como tal, mais importante que este líder tenha a visibilidade de um médico, são os conhecimentos e a capacidade de liderança e gestão que possui que o vão diferenciar como um diretor de um CR deva ser.

Quanto à análise das possíveis limitações na implementação dos CR's esta deve ser uma etapa a cumprir e que de facto, foi efetuada na maioria dos estudos à exceção do estudo de Calderaro e Franquis (66). Perante este processo é possível proceder a alterações que possam determinar o sucesso da mudança. Quando a implementação dos CR's não corresponde à expectativa, esta avaliação permite aos órgãos de direção adquirir conhecimentos fundamentais sobre a mudança, através do envolvimento dos profissionais de forma a atenuar as reações adversas.

QUADRO 7 – Resultados obtidos nos artigos científicos analisados face à análise das possíveis limitações na implementação dos CR's

Autor do Estudo (Ano de Publicação):	Resultados Obtidos:
Barrios, Vidal e Leichtle (1997)	<ul style="list-style-type: none"> - Escassez de comunicação interna; - Perceção negativa sobre a direção e sobre o trabalho em equipa; - Falta de visão sobre a missão do hospital.
Chu et al (2003)	<ul style="list-style-type: none"> - Inexistência de sistema de incentivos;
Chavarría (2008)	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de comunicação e coordenação entre as unidades; - Burocracia interna elevada; - Não avaliam as necessidades dos funcionários; - Sistemas informáticos desatualizados; - Baixa motivação pessoal; - Inexistência de incentivos e recompensas económicas e de formação; - Não se estimula a inovação e a criatividade; - Indicadores de desempenho mal definidos.
Bastías e Peralta (2009)	<ul style="list-style-type: none"> - Resistência à mudança: - Falta de informação dos profissionais de níveis mais baixos; - Insuficientes RH; - Falta de formação e experiência dos chefes e encarregados dos CR's.
Méndez et al (2012)	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de capacidade, formação e competências dos responsáveis dos CR's; - Reestruturação dos CR's apenas na denominação; - Falta de informação e coordenação entre os elementos; - Mudanças constantes dos diretores.

Através destes resultados podem-se retirar algumas ilações. Quando a mudança é imposta são vários os aspetos negativos apontados pelos profissionais. Ou seja, nos casos em que a reestruturação dos serviços em CR's foi uma consequência da reforma nos cuidados de saúde (Chavarría (68); Bastías e Peralta (54)) e que como tal não foi totalmente planeada, segundo Pina e Cunha e Rego (57) representa uma mudança do tipo emergente em que a instituição se foi adaptando às imposições do MS.

Assim sendo, os problemas identificados são sobretudo de carácter social nomeadamente falhas de comunicação, coordenação entre as unidades, clima organizacional alterado, baixos níveis de motivação, os interesses dos funcionários que não eram consultados e as desigualdades no acesso a formações. Ao nível de fatores laborais mencionam o sistema burocrático, os serviços informáticos desatualizados e a inexistência de incentivos (Chavarría (68)).

Estes problemas identificados são na sua grande parte comuns a qualquer processo de implementação de uma mudança organizacional. Tais resultados são tão comuns que também as soluções para os contornar, são idênticas.

Através do estudo da arte e dos artigos que constituem a amostra desta investigação obtém-se um conjunto de recomendações para contornar estes problemas,

Uma mudança ao nível da gestão necessita que se reforcem as relações laborais entre os profissionais e que se valorize o desempenho destes, melhorar a comunicação entre os profissionais e também na direção para conseguir o envolvimento e a participação de uma equipa; necessita de ser bem planeada, identificando-se as necessidades e realizar as mudanças fundamentais, avaliar periodicamente o clima organizacional, para se obter informações sobre a perceção dos funcionários sobre a instituição.

Estas recomendações não são mais do que os princípios elaborados pela APQC (56) porque ao melhorar-se a comunicação na direção subentende-se a participação de uma liderança e o reforço nas relações entre os profissionais pois é através da comunicação que é transmitido todas as informações essenciais assim como todas as dificuldades. Para a mesma entidade (56) a avaliação periódica do clima organizacional enquadra-se no princípio da monitorização em que numa mudança é necessário que o processo seja regularmente avaliado. A identificação das necessidades e a realização de um estudo do clima organizacional permite planear as mudanças de forma a minimizar a resistência, já que segundo os vários autores consultados sobre a temática ela estará sempre presente.

Também o OPSS (48) no Relatório de Primavera de 2010 elaborou alguns princípios sobre como as mudanças nas organizações deveriam ser implementadas e destaca-se a preocupação no planeamento da mudança e na monitorização desta, de forma a verificar-se se de facto houve alterações ao estado anterior do desejado.

Contudo, apesar da criação de estratégias e o planeamento na reestruturação dos CR's, no estudo de Bastías e Peralta (54) ainda se manifestaram reações de resistência, por parte dos níveis hierárquicos mais baixos visto que alguns nunca tinham ouvido falar em CR's.

Esta reação também é expectável visto que a resistência à mudança é algo inevitável e presente na gestão da mudança (55) mas o que se pretende é controlar e contornar os danos desta. De acordo com Curtis e White (55) o nível de resistência está associado ao tipo de mudança e através de uma mudança programada é possível diminuir os efeitos da resistência.

A falta de capacidade e de competências por parte dos responsáveis, também foi uma problemática (Bastías e Peralta (54); Méndez et al (69)). Não parece estar bem assente os critérios de nomeação dos cargos relacionados com a gestão pois neste estudo faz-se pela primeira vez referência à rotação dos gestores durante a transição de modelo. Ou seja, os gestores, os responsáveis pelos CR's como não são selecionados por critérios de formação, competência e experiência têm uma grande dificuldade em introduzirem as normas estabelecidas, de se comprometerem e de envolverem a restante equipa a participar na mudança.

Antunes (20) refere que esta situação é prática comum e é o motivo ao qual associa a ineficiência do SNS e da falta de continuidade na criação de CR's, pelo que os diretores dos CR's devem ser selecionados segundo critérios de competência, capacidade de gestão e de liderança. Barros (53) também descreve que a nomeação do diretor do CR é de extrema importância concluindo até que o sucesso do CR pode estar relacionado com a capacidade de quem o dirige e não devido ao seu próprio modelo de gestão.

Por último, outra limitação mencionada e que vai ao encontro da realidade do nosso país mas contra o que é o consignado aos CR's, é descrito que a aplicação deste modelo passou apenas pela alteração da designação pois a estrutura, a organização e a gestão manteve-se a mesma sem sofrer qualquer tipo de reestruturação (Méndez et al (69)). Em Portugal esta situação sucedeu-se em várias instituições como o Hospital de Santa Marta, Santa Maria e outros em que os CR's não passam de nomes de serviços e não modelos de gestão autónoma.

Em relação à identificação dos aspetos positivos após a implementação dos CR's, verifica-se pelos resultados que estes fatores são os que mais contribuem para o sucesso de uma mudança organizacional e como tal para uma implementação efetiva dos CR's.

QUADRO 8 – Resultados obtidos nos artigos científicos analisados face à identificação dos aspetos positivos após a implementação dos CR's

Autor do Estudo (Ano de Publicação):	Resultados Obtidos:
Barrios, Vidal e Leichtle (1997)	<ul style="list-style-type: none"> - Potenciou a criação de departamentos de enfermagem; - Melhoria dos RH; - Aumento da produção; - Gestão mais eficiente; - Estabelecimento dos custos de todos os serviços e promoção de uma gestão descentralizada dos recursos.
Calderaro e Franquis (2002)	<ul style="list-style-type: none"> - Melhoria da qualidade dos serviços; - Aumento da satisfação dos doentes; - Poupança económica.
Chu et al (2003)	<ul style="list-style-type: none"> - Gestão mais eficiente mas após a introdução de um sistema de incentivos aos médicos.
Chavarría (2008)	<ul style="list-style-type: none"> - Perceção positiva sobre a globalidade do hospital; - Aumento da satisfação; - Diminuição das reclamações; - RH eficientes; - Bom clima organizacional; - Clara responsabilização.
Bastías e Peralta (2009)	<ul style="list-style-type: none"> - Implementação fácil; - Baixos gastos na reestruturação dos serviços.

Dos estudos analisados, aqueles que referem os aspetos positivos que advieram dos CR's mencionam em comum um efeito alcançado nomeadamente uma gestão eficiente (Barrios, Vidal e Leichtle (65); Calderaro e Franquis (66); Chu et al (67)). Ou seja, os CR's potenciam uma melhoria ao nível da gestão e de outros aspetos mencionados nos estudos analisados como a criação de departamentos de enfermagem, aumento da produção, melhoria dos RH e outros (Barrios, Vidal e Leichtle (65) e aumento da qualidade e da satisfação dos clientes e uma diminuição dos custos efetivos (Calderaro e Franquis (66)).

Porém, estes resultados só foram alcançados quando paralelamente à criação dos CR's cumpriram-se alguns requisitos:

- Análise e divulgação dos resultados. No estudo de Barrios, Vidal e Leichtle (65) não se limitaram a conhecer os resultados. Estes foram objeto de análise em várias reuniões e motivaram a realização de uma Jornada Científica que contou com a participação de vários elementos governativos como o próprio Ministro da Saúde. Para a APQC (56) um dos cinco princípios essenciais para o sucesso de uma mudança organizacional é a comunicação efetiva e segundo eles, os resultados da avaliação da mudança devem ser partilhados a toda a equipa profissional. Este estudo também permitiu comprovar se foram sentidos os efeitos da mudança, tal como é recomendado pelo OPSS (48).

- Reestruturação dos serviços em CR's por sistema de custos. Na opinião de Antunes (20), Grosanu e Ramona (24) através dos centros de custo existe um maior controlo, conhecimento e avaliação dos custos de todas as atividades o que contribui para uma gestão eficiente. Na revisão da literatura constatámos que já em 1990 Rotstein et al (3) recomendava a implementação dos CR's como uma microempresa com centro de custos através da aplicação de princípios de gestão utilizados noutro tipo de empresas.

No estudo de Calderaro e Franquis (66) é evidenciado que a análise dos custos contou com a participação da equipa multidisciplinar o que contribuiu para a mudança. Neste processo se é necessário conhecer o custo de todas as atividades então é imprescindível a participação de todos os profissionais (32).

- Aplicação de sistema de incentivos. No estudo de Chu et al (67) existem 58 CR's e apesar de não se conhecerem os critérios de reestruturação deste hospital, parece ser um número bastante elevado dada a dotação existente, o que talvez justifique algumas das limitações apontadas no estudo nomeadamente, a ausência da avaliação dos cuidados, do estilo de gestão e do tipo de CR's como o facto de alguns CR's serem muito mais rentáveis que outros. Em Portugal também se verifica que não é só uma gestão adequada que é responsável pela eficiência económica de um CR visto que existem especialidades médicas que dada a sua especificidade também são mais rentáveis, como é o caso do CRI-CCT dos HUC.

Como é descrito por Pina e Cunha e Rego (57) não só é crucial um bom planeamento com objetivos bem definidos, também a atribuição de incentivos é fundamental para uma mudança efetiva. E foi o que se verificou no estudo de Chu et al (67) visto que não se destacou a realização de um plano estratégico. Contudo, é referido que esta política de incentivos não se

pode basear apenas no tempo de antiguidade e na categoria profissional. Esta deve ser fundamentada pelo desempenho individual de cada médico e pelo seu contributo no trabalho em equipa do CR, prática que também é defendida por Antunes (20) na gestão do seu CR.

Este estudo foca o contributo dos incentivos médicos na eficiência hospitalar, quando este não deve ser o único grupo profissional com evidência na eficiência hospitalar. Em Portugal esta situação também é comum mesmo quando o DL 374/99 (1) descreve que os incentivos estejam associados ao “*desempenho colectivo dos profissionais*” não sendo destacado em particular nenhum grupo profissional e que deve ser atribuído segundo os ganhos de eficiência obtidos.

Um aspeto curioso é que os CR’s que mostraram melhores níveis de eficiência são os que apresentam um menor número de funcionários, ou seja são menos a trabalhar mas são os que produzem mais eficientemente. Em Portugal a atribuição de incentivos é referido como um instrumento importante para cativar os profissionais em aumentar a produtividade e a eficiência e que quando de facto o CR “*atinge a eficiência pretendida*” devem ser utilizados os incentivos (1), sistema que também é apoiado por Barros e Gomes (32) e Antunes (20).

O estudo de Chavarría (68) não revela diretamente se a mudança para o novo modelo de gestão foi efetiva. Foi consultada a opinião dos profissionais que destacaram os aspetos positivos e negativos da mudança. Os aspetos positivos revelam uma perceção positiva sobre o hospital e um bom clima organizacional, a eficiência dos RH, um aumento da satisfação e uma diminuição das reclamações, algo que contrasta com os aspetos negativos já referidos que essencialmente dizem respeito a fatores sociais. Mas se considerarmos a amostra deste estudo verificamos que não foram só consultados os profissionais mas também a direção e os clientes daí a disparidade das opiniões.

De acordo com Barros e Gomes (32) o aumento do nível da eficiência só é possível através da ligação entre os profissionais e a responsabilização na gestão dos recursos. E, de facto, verifica-se que dois dos princípios dos CR’s são a gestão clínica articulada e participada dos recursos existentes, ou seja, tem que existir uma sintonia entre o papel dos profissionais e a missão da organização e a participação dos profissionais na gestão (1).

No estudo de Bastías e Peralta (54) os autores consideraram que a implementação do novo modelo de gestão foi simples e que a reestruturação dos serviços teve um baixo custo o que se deve em grande parte ao planeamento para a reestruturação dos serviços em CR’s.

Por fim, no estudo de Méndez et al (69) pelos problemas destacados, a mudança não ocorreu, o que para Monteiro (30) se deve à falta de uma gestão estratégica e que não cumpriu os princípios essenciais à mudança acima descritos e recomendados pela APQC (56).

Através da análise dos resultados, é possível respondermos de forma sistemática aos objetivos propostos da presente investigação nomeadamente:

- Identificar os fatores que contribuem para a implementação efetiva dos CR's

- Conhecimento da realidade atual;
- Planeamento estratégico da mudança;
- Criação de uma equipa responsável pela implementação dos CR's;
- Nomeação dos cargos de gestão/ direção dos CR's segundo critérios de capacidade de gestão e liderança;
- Bom clima organizacional;
- Conhecimento dos objetivos e da missão do CR;
- Envolvimento e participação de todos os profissionais;
- Comunicação efetiva entre todos os profissionais;
- Responsabilização;
- Formação/ incentivos;
- Monitorização, controlo e avaliação.

- Identificar possíveis limitações na implementação efetiva dos CR's

- Estruturas centralizadas e burocráticas;
- Gestão ineficiente (da qualidade, dos recursos, etc.);
- Baixa cultura e clima organizacional;
- Falta de visão e compromisso na missão do hospital;
- Falta de competências de gestão dos diretores dos CR's;
- Perceção negativa sobre a direção;
- Rotatividade da direção;
- Comunicação ineficiente;
- Inexistência de incentivos/ formação;
- Baixa autonomia;
- Ausência de mecanismos de controlo;
- Sistemas informáticos desatualizados;
- Indicadores de desempenho mal definidos;
- Falta de estimulação da inovação e da criatividade;
- Resistência à mudança;
- Absentismo;
- Baixa motivação pessoal;
- Diminuição dos RH.

- Elaborar um modelo de referência que agrupe um conjunto de orientações para a criação e implementação de um CR

QUADRO 9 - Modelo de referência com orientações para a criação e implementação de um CR

Orientações para a criação e implementação de um CR	
Analisar a situação atual	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar os problemas pré-implementação dos CR's; - Realizar o diagnóstico institucional;
Avaliar a opinião dos profissionais	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar estudo de clima organizacional; - Recolher a opinião dos grupos alvo (direção, técnicos e clientes); - Motivar os profissionais a participar na mudança;
Realizar um plano estratégico	<ul style="list-style-type: none"> - Criar um plano estratégico institucional responsável por atuar em áreas prioritárias; - Realizar protocolos de diagnóstico-terapêutico de forma a definir todas as atividades e estabelecer os custos de todos os serviços necessários para a consecução de determinado resultado e uniformização dos gastos; - Definir os critérios de reestruturação do CR;
Criar uma equipa responsável pela implementação dos CR's	<ul style="list-style-type: none"> - Formar uma equipa multidisciplinar; - Nomear a direção com base em critérios de formação e competência; - Melhorar a comunicação interdisciplinar;
Analisar as possíveis limitações na implementação dos CR's	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar as possíveis limitações; - Realizar reuniões entre direção/ equipa responsável pelos CR's e profissionais; - Criar estratégias para ultrapassar as limitações;
Identificar os aspetos positivos após a implementação dos CR's	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar as melhorias após a implementação do CR; - Comunicar estas melhorias; - Promover uma gestão eficiente em todas as suas dimensões; - Incutir o bom clima organizacional;
Reconhecimento dos aspetos a melhorar/ Prospeção	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar os aspetos a melhorar e definir estratégias; - Incentivar a inovação e a criatividade; - Promover formações; - Realizar avaliações e monitorizações periódicas.

CONCLUSÃO

A mudança dentro de uma instituição é um tema bastante abordado dentro dos estudos organizacionais, contudo o impacto das mudanças ao nível da gestão nos profissionais de saúde, apesar de ser algo atual é ainda uma questão pouco investigada.

Inicialmente o desenho deste estudo era diferente daquele que se veio a desenvolver. A intenção era a de realizar um questionário num CR com o objetivo de investigar a perceção dos enfermeiros face à criação e implementação dos CR's. O pedido para esta investigação foi efetuado no Hospital de Santa Maria e de Santa Marta que na apresentação do hospital descrevem a existência de alguns CR's, contudo ambas as direções responderam negativamente ao pedido referindo que os CR's que têm não passam da designação dos serviços e que nenhum deles funciona como tal. Posteriormente foi realizado um pedido à direção dos HUC onde de facto existem dois serviços que estão organizados como CR: Cirurgia Cardiorádica e Oftalmologia. A direção dos HUC remeteu o pedido para a direção de ambos os CR's ao qual nunca obtivemos resposta, daí a mudança do desenho desta investigação.

Esta situação confirma a dificuldade que existe em investigar por dentro os CR's e a necessidade que existe em conhecer mais sobre esta forma de gestão, o que motivou a revisão sistemática da literatura existente referente aos CR's.

As reformas constantes na saúde representam mudanças significativas e na transição para EPE's alguns hospitais adotaram novas estratégias com projetos de reorganização clínica, com a criação de novos modelos de gestão hospitalar com o objetivo de promover a eficiência e assim melhorar os resultados sem descurar na qualidade dos cuidados e na satisfação dos clientes.

Os CR's são níveis intermédios de gestão autónoma, que constituem uma nova e moderna organização dos serviços e que através de uma comunicação mais direta e contínua entre o local da ação e os órgãos de direção, com mecanismos de desconcentração dos processos de tomada de decisão, de avaliação, auto-regulação e de responsabilização pelos resultados obtidos, possibilita melhorar a rapidez e a qualidade de decisão sendo eficientes na resposta às necessidades de mudança.

Uma mudança organizacional como a implementação de um CR provoca um desequilíbrio no grupo e como tal a resistência é sempre expectável. A mudança deve ocorrer e deve ser analisada não como uma ameaça mas como um desafio ou uma oportunidade de se assimilar algo novo.

Na análise dos estudos incluídos nesta investigação extraíram-se algumas ilações importantes. O tipo de comunicação e a participação dos profissionais constitui um fator determinante para o sucesso de uma mudança.

Os estudos que realizaram o diagnóstico da organização na fase pré-implementação dos CR's (Barrios, Vidal e Leichtle (65); Chavarría (68); Bastías e Peralta (54)) são os estudos Chilenos que caracterizavam a gestão das instituições como ineficiente, reflexo de vários problemas (sistema burocrático e centralizado, comunicação ineficaz, descoordenação, desresponsabilização e clima organizacional alterado) comuns a outros países o que conduziu à reforma dos sistemas de saúde.

Os estudos que não criaram uma equipa responsável pela implementação dos CR's (Chavarría (68); Bastías e Peralta (54); Méndez et al (69)) são os estudos que destacaram vários problemas na implementação destes, tais como a falta de informação, formação e competências.

Os estudos que realizaram um plano estratégico para orientar a mudança (Barrios, Vidal e Leichtle (65); Calderaro e Franquis (66); Bastías e Peralta (54)) e os que criaram uma equipa responsável pela implementação dos CR's (Barrios, Vidal e Leichtle (65); Chu et al (67)) constituem os estudos em que a mudança foi efetiva, o que se deve em grande parte ao planeamento para a reestruturação dos serviços em CR's.

No estudo de Méndez et al (69) pelos problemas destacados, a mudança não ocorreu, o que para Monteiro (30) se deve à falta de uma gestão estratégica e que não cumpriu os princípios essenciais à mudança acima descritos e recomendados pela APQC (56).

É positivo que em todos os estudos se destaquem os principais problemas durante a implementação dos CR's de forma a identificar as falhas e melhorar estas. O estudo de Calderaro e Franquis (66) não refere nenhum problema à implementação dos CR's mas também este estudo não se incide sobre a opinião dos profissionais mas apenas sobre o sistema de custos de cada CR o que segundo o estudo a nível económico só trouxe melhorias.

Em todos os estudos descrevem-se algumas orientações comuns à criação dos CR's, que designam possíveis estratégias para uma implementação efetiva dos CR's como um novo modelo de gestão autónomo e descentralizado.

Em relação aos objetivos estabelecidos consideramos que, de uma forma global, todos foram alcançados e este trabalho contribuiu para aumentar o conhecimento sobre o estado da arte dos CR's, analisar o processo de criação deste modelo de gestão dentro da perspetiva da mudança organizacional, nomeadamente sobre os fatores que mais contribuem para o sucesso e os que limitam a implementação efetiva dos CR's. Em última instância contribuiu para a elaboração de um modelo de referência que agrupa um conjunto de orientações para a formação de futuros CR's, visando-se o sucesso e a eficiência da mudança.

Este modelo de referência servirá para que os diretores/ gestores estejam a par das razões pelas quais as pessoas resistem às mudanças e sugere estratégias simples que possam ser usadas para minimizar e/ou prevenir a sua ocorrência. Para uma mudança efetiva, os gestores necessitam de um amplo entendimento da mudança ao nível organizacional e individual. Assim, conseguimos identificar que as linhas orientadoras para uma implementação efetiva dos CR's são comuns a qualquer tipo de mudança que se deseje introduzir, nomeadamente a análise da situação atual e a identificação dos problemas existentes, o

conhecimento da opinião dos profissionais para a realização de um plano estratégico e para a criação de uma equipa responsável pela criação dos CR's.

Posteriormente é necessário uma constante monitorização e avaliação dos principais problemas que se devem essencialmente a falhas ao nível do tipo de gestão e da comunicação e dos aspetos positivos que ocorreram durante esse processo de forma a assinalar os aspetos a melhorar.

Esta revisão sistemática da literatura é alvo de algumas limitações. Apesar de 4 dos estudos pertencerem ao mesmo país – Chile – faz-nos depreender que é necessário alguma cautela quanto à generalização dos resultados, uma vez que, são países fora da União Europeia mas que também foram influenciados pelo movimento da NPM.

Existe informação suficiente relativamente à possibilidade de se extraírem conclusões referentes a outras realidades visto que os achados de todos os estudos coincidem com a evidência científica existente sobre a implementação de novos modelos de gestão.

Nesta revisão sistemática constatamos que os estudos selecionados são estudos de caso pois até a nível internacional se trata de um tema pouco investigado. Dos estudos compreendidos entre 1997 a 2012, 4 pertencem à realidade de um país e apesar das evidências científicas sobre a implementação de novos modelos de gestão, as experiências anteriores não servem de exemplo para as experiências futuras visto que as limitações durante a implementação são na sua grande parte as mesmas.

Para finalizar concluímos que na implementação de um CR não basta o desejo, é imprescindível o elevado empenhamento, motivação e competências profissionais de toda uma equipa multidisciplinar, ou seja, é imperativo que os profissionais estejam no centro da mudança pois, neste tipo de mudança organizacional o fator humano é um indicador relevante entre o sucesso e o fracasso, daí que muitos CR's ficassem apenas por projetos, por nomenclatura e caído o tema em esquecimento, até que há poucos anos tenha sido novamente resgatado ainda que mais uma vez como algo utópico. Um artigo publicado pelo MS consegue justificar o porquê desta utopia: *“a implementação das mudanças supõe a sua aceitabilidade para os profissionais e doentes, mas também a sua viabilidade política – considerando aqui os ciclos eleitorais, o poder dos lobbies, etc.”* (35 p. 124).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DECRETO-LEI nº 374/99. **D. R. I Série.** 219 (18-09-99) 6489-6493.
2. MATOS, T. et al (2010) - Contratualização interna vs. contratualização externa. **Revista Portuguesa de Saúde Pública.** Vol. 9. p. 161-180.
3. ROTSTEIN, Z. et al (1990) - Changing economic environment of hospitals: management challenges of the 1990s. **Harefuah.** p. 458-461.
4. CONSELHO DIRECTIVO ORDEM DOS ENFERMEIROS (2006) - **Investigação em enfermagem: tomada de posição.** 26 de Abril de 2006. Acedido em: 26/10/2012.
Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
5. THE COCHRANE COLLABORATION (2011) - **Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions.** Version 5.1.0. Acedido em: 05/10/2012. Disponível em:
<http://handbook.cochrane.org/>
6. DECRETO-LEI nº 483587. **D.R. I Série.** 101 (27-04-1968).
7. FERREIRA, F. (1990) - **História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal.** Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
8. OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS) (2001) - **Relatório de Primavera.**
Disponível em:
http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2001_OPSS.pdf.
9. DECRETO-LEI nº 19/88. **D.R.I Série.** (21-01-1988).
10. DECRETO-LEI nº 48/90. **D.R. I Série.** (195) 24-08-1990.
11. DECRETO-LEI nº 286-01.64. **D.R. I Série.** Artigo 64.º Saúde. 12-12-2001.
12. OLIVEIRA ROCHA, J.A. (2001) - **Gestão Pública e Modernização Administrativa.** Lisboa: INA - Instituto Nacional de Administração.
13. HOOD, C. (1991) - A Public Management for all Seasons? **Administration.** Vol. 69, nº1, p.3-19.
14. CARVALHO, M.; SANTIAGO, R. CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA, 6, Lisboa, 2008. **(Re)formas da burocracia: Nova Gestão Pública e a organização hospitalar.** Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. 25 a 28 de Junho de 2008.
15. ESCOVAL, A. e MATOS, T. A - Contratualização e Regulação nos Hospitais. In: CAMPOS, L., BORGES, M., PORTUGAL, R. (2009) - **Governança dos Hospitais.** Alfragide: Casa das Letras, p. 149-186.

16. FERREIRA, A.S. (2004) - Regulação em Saúde e Regulação das Utilities. **Revista Portuguesa e Braileira de Gestão**. Vol. 3, nº1, Jan/ Março, p.42-53.
17. OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS) (2002) - **Relatório de Primavera**. 2002. Acedido em: 26/10/2012. Disponível em: http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2002_OPSS.pdf.
18. FREDERICO, M. (2006) - **Organizações, Trabalho e Carreira**. Loures : Lusociência.
19. PORTUGAL. Ministério da Saúde (1996). **Despacho 169/96**.
20. ANTUNES, M. (2001) - **A doença da saúde**. 4ª ed. Lisboa: Quetzal Editores.
21. MINTZBERG, H. (1995) - **Criando organizações eficazes**. S. Paulo: Atlas, SA.
22. FERREIRA, M.M.F. (2008) - Percepção do suporte organizacional em hospitais públicos: Estudo em enfermeiros. **Análise Psicológica**. Vol. 26, nº4, p. 697-706.
23. NOGUEIRA, F.; URBANO, J. (1998) - Novos modelos de organização hospitalar. In: PORTUGAL. Direcção Geral de Saúde - **O Hospital Português**. p. 117-121.
24. GROSANU, A.; RAMONA, P. (2009) - Study regarding the organization of management accounting in the context of responsibility centers. **The Journal of the Faculty of Economics**. Vol. 3, p. 966-972.
25. MOUTINHO, R. (1999) - Organização dos Hospitais em Centros de Responsabilidade Integrados. **TecnoHospital**. N.º 2 (Março 1999) p. 26-29.
26. KOVÁCS, I. (2006) - Novas formas de organização do trabalho e autonomia no trabalho. **SOCIOLOGIA, PROBLEMAS E PRÁTICAS**. Nº 52, p. 41-65.
27. HORTALE, V. (1999) - A descentralização e a autonomia na perspectiva das organizações. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro. Vol. 23, nº53 (set./dez. 1999) p. 20-29.
28. TAVEIRA, M.(1999) - Controle de custos em saúde: redução a qualquer preço ou racionalização na busca da eficácia? - elementos para discussão. **Saúde em Debate**. Vol. 23, nº53 (set./dez.1999) p. 68-80.
29. OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS) (2008) - **Relatório de Primavera**. Sistema de Saúde Português: Riscos e incertezas
30. MONTEIRO, I. (1999) - Hospital, uma organização de profissionais. **Análise Psicológica**. 2 (XVII) p. 317-325.
31. FERREIRA, M. (2005) - **Empenhamento organizacional de profissionais de saúde em hospitais com diferentes modelos de gestão**. Universidade de Minho: Escola de Economia e Gestão. Tese de Doutoramento.
32. BARROS, P.; GOMES, J.P. (2002) - **Os Sistemas Nacionais de Saúde da UE, Principais modelos de gestão hospitalar e Eficiência do Sistema Hospitalar Português**. Lisboa: Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa.
33. RIBEIRO, J. (2004) - Reforma do sector público hospitalar: programa de empresarialização de 34 hospitais portugueses. **Revista portuguesa de Saúde Pública**. Nº 4 p. 65-77.

34. RIBEIRO, C. (2009) - **Mudança Organizacional e Sistemas de Informação na Saúde**. Lisboa: ISCTE. Tese de Mestrado.
35. ESCOVAL, A. et al (1998) - Inovação da Gestão dos Hospitais. In: PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde. Ministério da Saúde. **O Hospital Português**. p. 129-131.
36. CARNEIRO DE MOURA, M. (2006) - **Artigo de Opinião: Mudanças na Gestão dos Sistemas de Saúde - O Modelo Canadiano**. GE. Vol. 13 (Março/ Abril 2006) p. 105-110.
37. PORTUGAL. Ministério da Saúde. **Perguntas Frequentes sobre os Hospitais E.P.E.**
Disponível em:
http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/Hospitais_EPE/Perguntas_Frequentes/.
38. DECRETO-LEI nº 27/2002. Lei de Gestão Hospitalar. **D.R. I Série**. 258 (08-11-02) 7150-7154.
39. CORREIA DE CAMPOS, A. (2003) - Hospital-empresa: crónica de um nascimento retardado. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Vol. 21. nº 1 (Janeiro/Junho 2003). p. 23-33.
40. HOSPITAIS SA. Acedido em: 26/10/2012. Disponível em:
http://www.ieeta.pt/rtsaude/ficheiros/RTSaude_Doc%5Bempresarializacao_hospitais_sa%5D.pdf.
41. DECRETO-LEI nº 233/2005. **D. R. I Série**. 249 (29-12-2005) 7323-7333.
42. **Empresarialização de Unidades de Saúde - Transformação de Hospitais SPA em EPE. Objectivos/ Planeamento**. 2009.
Disponível em:
<http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/NR/rdonlyres/76DF39DE-8B58-4835-ABCB-3D80FD13A3BD/7436/Empresarializa%C3%A7%C3%A3oemCurso.pdf>.
43. ESCOVAL, A. et al (1998) - O Hospital organizado em Centros de Responsabilidade. In: PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde. Ministério da Saúde. **O Hospital Português**.
44. BRITO, M. (2009) - Responsabilidade, Liderança e Modelos de Organização dos Cuidados Hospitalares. In: CAMPOS L. et al - **Governança dos Hospitais**. Alfragide: Casa das Letras.
45. DECRETO-LEI nº 151/98. **D. R. I Série**. 130 (05-06-98) 2562-2569.
46. ANTUNES, M.; BRONZE, M. (2007) - **Centro de Responsabilidade Integrado de Cirurgia Cardiorácica – Uma Experiência Inovadora de Gestão**. In: Hospital do Futuro. 27 de Agosto de 2007. Acedido em: 8/01/2010. Disponível em:
<http://arquivo.hospitaldofuturo.com/index.php?s=centro+de+responsabilidade+integrado>.
47. DECRETO-LEI nº 188/2003. **D. R. I Série**. 191 (20-08-2003) 5219-5231.
48. OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS) (2010) - Relatório de Primavera de 2010. **Desafios em tempos de crise**. Acedido em: 26/10/2012. Disponível em:

- http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2010_OPSS-FT.pdf.
49. PEOMBO, C. (2008) - Costos y gestión en servicios de salud: una revisión de la literatura. **QUANTUM**. Vol. III, nº1. (Marzo 2008). p. 55-74.
 50. HOSPITAL DE SÃO JOÃO. **UAG**. Acedido em: 5/10/2011. Disponível em: http://www.hsjoao.min-saude.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=27783.
 51. FREEMAN, L. (2004) - Responsibility centers promote effective financial control. **Ophthalmology Times**. Vol. 29 (August 15, 2004). P. 72.
 52. ORDEM DOS ENFERMEIROS (2004) - Incentivos e indicadores de qualidade e produtividade em enfermagem. **Suplemento da Revista Ordem dos Enfermeiros**. Nº 13 Julho de 2004.
 53. BARROS, P. (2004) - O mixed bang das reformas do sector da saúde pós-2002. **REVISTA PORTUGUESA DE SAÚDE PÚBLICA**. Vol. 4 p. 51-56.
 54. BASTÍAS, V.; PERALTA, L. (2009) - Diseño de un modelo de gestión para un establecimiento hospitalario. **Revista Ingeniería Industrial**. (Primer Semestre, 2009) p. 5-20. Acedido em: 21/11/2012. Disponível em: http://www.ici.ubiobio.cl/revista/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=78&Itemid=3
 55. CURTIS, E.; WHITE, P. (2002) - Resistance to change: CAUSES AND SOLUTIONS. **nursing management**. Vol. 8, nº10 (March, 2002) p. 15-19. Acedido em: 17/05/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=eb989e06-1353-4c29-bd8e-5e229195c352%40sessionmgr114&vid=2&hid=114>
 56. APQC: AMERICAN PRODUCTIVITY & QUALITY CENTER (1997) - **Organizational Change: Managing the Human Side**. Disponível em: www.apcq.org/free/whitepapers/orgchange/.
 57. PINA E CUNHA, M.; REGO, A. (2002) - As duas faces da mudança organizacional: planeada e emergente. **Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão**. Vol. 1, nº 2 (Jul./Set. 2002) p. 22.
 58. SILVA, G. J.; VERGARA, S. (2003) - Sentimentos, Subjetividades e Supostas Resistências à Mudança Organizacional. **RAE**. Vol. 43, nº3 (JUL/ SET 2003) p. 10-21. Acedido em 10/05/2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rae/v43n3/v43n3a02.pdf>
 59. WRIGHT, S. (2010) - Dealing with resistance. **NURSING STANDARD**. Vol. 24, nº 23 (February 2010) p. 18-20. Acedido em 17/05/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=ea71aa5d-56ec-4754-8830-0808ad5d6d1b%40sessionmgr104&vid=2&hid=114>
 60. JOHNSTON, B. (1998) - Managing Change in Health Care Redesign: A Model to Assist Staff in Promoting Healthy Change. **NURSING ECONOMIC\$**. Vol. 16, nº 1 (January-February 1998) p. 12-17. Acedido em 17/05/2012. Disponível em:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=079a4a7a-5f48-44de-a34b-28de28efd353%40sessionmgr111&vid=2&hid=114>

61. AZEVEDO, C. (2002) - Liderança e processos intersubjectivos em organizações públicas de saúde. **Ciência & Saúde Colectiva**, 7(2).
62. RODRIGUES, I. (2011) - Modelos de gestão e valor acrescentado dos cuidados de enfermagem. **Nursing**. (Outubro, 2011) p. 18-21.
63. ORDEM DOS ENFERMEIROS. **REPE**. Acedido em 12/09/2012. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt>.
64. RAMALHO, A. (2006) - Estudos e Projectos de Revisão Sistemática Com e Sem Metanálise. Estrutura Funções e Utilização na Investigação em Enfermagem. **Revista Sinais Vitais**. Nº 64 (Janeiro, 2006) p. 51-56.
65. BARRIOS, O.; VIDAL, J.; LEICHTLE, C. (1997) - Estructura y recursos humanos en un hospital público chileno: una experiencia de cambio. **Rev. Panam Salud Publica/ Pan Am J Public Health**. 2(5) p. 342-351. Acedido em 21/11/2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v2n5/v2n5a7.pdf>
66. CALDERARO, P.; FRANQUIS, B. (2002) – Logros y perspectivas del sistema de costos hospitalarios, diseñado para la gerencia. **Rev Cubana Med Milit**. 31(3) p. 164-169. Acedido em 21/11/2012. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v31n3/mil02302.pdf>
67. CHU, H.-L. et al (2003) - The Initial Effects of Physician Compensation Programs in Taiwan Hospitals: Implications for Staff Model HMOs. **Health Care Management Science**. 6. p.17-26. Acedido em 21/11/2012. Disponível em: <http://link.springer.com/content/pdf/10.1023%2FA%3A1021956103175.pdf>
68. CHAVARRÍA, K. (2008) - **CASO DE UN NUEVO MODELO DE GESTION HOSPITALARIO EN CHILE: HOSPITAL SANTIAGO ORIENTE, DOCTOR LUIS TISNÉ BROUSSE**. Santiago de Chile: Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Fisicas e Matematicas. Tese de mestrado. Acedido a 21/11/2012. Disponível em: http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2008/.../lopez_k.pdf
69. MÉNDEZ, C. et al (2012) - Implementación de la política de hospitales autogestionados en Chile: percepción de los profesionales hospitalarios. **Rev Chil Salud Pública**. Vol. 16(3) p. 247-255. Acedido em 21/11/2012. Disponível em: <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/23158/24509>